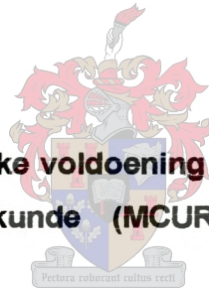


**‘n Evaluering van die voorkoms van perineale trauma
tydens verlossings in openbare gesondheidsinstellings
in die Wes-Kaap : ‘n Verpleegkundige perspektief.**

Ilze Smit

**Tesis ingelewer ter gedeeltelike voldoening aan die vereistes vir die graad
van Magister in Verpleegkunde (MCUR) aan die Universiteit van
Stellenbosch .**



Studieleier: Dr Estelle Bester

April 2003

Verklaring

Ek, die ondergetekende, verklaar hiermee dat die werk in hierdie tesis vervat, my eie oorspronklike werk is en dat ek dit nog nie vantevore in die geheel of gedeeltelik by enige ander universiteit ter verkryging van 'n graad, voorgelê het nie.

Handtekening : .

Datum :

OPSOMMING

Dit blyk dat geregistreerde vroedvroue nie graag 'n episiotomie knip nie, met 'n gevolglike toename in perineale skeure. Dit is moontlik as gevolg van die huidige kontroversie betreffende episiotomies, óf hegtingsvaardighede wat nie voldoende is nie te wyte aan gebrekkige opleiding en evaluering, óf die noodsaaklikheid van 'n episiotomie word nie betyds ingesien nie. In die lig hiervan is die voorkoms van perineale trauma tydens verlossings in openbare gesondheidsinstellings in die Wes-Kaap vanuit 'n verpleegkundige perspektief geëvalueer. Die vroedvrou kan 'n beduidende rol speel in die voorkoming van onnodige perineale trauma deur die toepassing van sekere maatreëls in haar praktykvoering.

Triangulasie is as navorsingsmetode gebruik. Sewe openbare gesondheidsinstellings in die Wes-Kaap is in hierdie studie ingesluit. Vyf-en-veertig vraelyste is deur verpleegkundiges voltooi terwyl 33 bevallings en 25 hegtings van perineale wonde volgens 'n voorafopgestelde kontrolelys geëvalueer is. Semi-gestruktureerde onderhoude is gevoer met geregistreerde vroedvroue en geneeshere wat by die opleiding van verpleegstudente betrokke is.

Volgens die bevindings blyk dit dat verpleegkundiges nie die risikofaktore as aanleidende oorsake van perineale skeure herken nie. Hulle verkies ook om nie episiotomies te knip nie en sal eerder 'n perineale skeur heg. Dit het verder geblyk dat 46% van die geregistreerde vroedvroue nie bevoeg gevoel het om perineale wonde te heg nie.

Leemtes is geïdentifiseer ten opsigte van die opleiding van studentverpleegkundiges asook voortgesette opleiding en evaluering van geregistreerde vroedvroue ten opsigte van hegtingstegnieke.

Aanbevelings sluit in dat 'n eenvormige beleid geformuleer moet word ten opsigte van die riglyne vir die knip en hegtings van episiotomies en skeure, 'n eenvormige klassifikasiesisteen van perineale trauma asook 'n stelsel van evaluering van geregistreerde vroedvroue se bevoegdheid.

SUMMARY

It appears that registered midwives prefer not to cut episiotomies which results in an increase in perineal tears. This may be the case as a result of current controversies regarding episiotomies, lack of suturing skills due to insufficient training and evaluation, or the fact that the necessity of an episiotomy are not recognised timeously. In light of this the incidence of perineal trauma during deliveries in public healthcare institutions in the Western Cape was evaluated from a nursing perspective. The midwife can play a significant role in the prevention of unnecessary perineal trauma by applying particular precautions in practice.

Triangulation was used as the research method. Seven public healthcare institutions in the Western Cape were included in this study. Nurses completed 45 questionnaires while 33 deliveries and 25 cases of suturing of perineal wounds were evaluated according to a pre-compiled checklist. Semi-structured interviews were conducted with registered midwives and medical practitioners involved in the training of nursing students.

According to findings it appears that nurses do not recognise the risk factors to be contributory causes of perineal tears. Furthermore, it appeared that 46% of registered midwives did not feel competent enough to suture perineal wounds.

Disparities were identified pertaining to the training of student nurses as well as the continuous training and evaluation of registered midwives regarding the suturing of perineal wounds.

It is recommended that a uniform policy should be formulated concerning guidelines for the cut and suturing of episiotomies and lacerations. Furthermore, a uniform classification system regarding perineal trauma should be formulated as well as a uniform system to evaluate the competency of midwives.

Dankbetuigings

My spesiale dank aan:

- Ons Hemelse Vader wat my die krag en deursettingsvermoë gegee het om hierdie projek te kon voltooi;
- Christie, Magdel en Anelle vir hulle geduld, begrip en aanmoediging;
- Sarah, vir my 'plek volstaan' by die huis in my afwesigheid;
- My studieleier Dr Estelle Bester, vir haar besonderse leiding, deurlopende insette, aanmoediging en ondersteuning;
- Prof EB Welmann vir haar akademiese insette;
- Die geneeshere en verpleegkundiges van die onderskeie hospitale vir hul samewerking en positiewe gesindheid;
- *Creative Minds* Durbanville, vir julle geduld en aanmoediging om my rekenaarvaardig te kry;
- Liesl Pyper vir haar hulp met die finale taalversorging en;
- al my vriende wat my tydens hierdie projek ondersteun het.

**opgedra aan my twee dogters, Magdel en Anelle.
Mag hierdie 'n inspirasie vir julle eie toekomstige studies wees.
'.....waar daar 'n wil is, is daar 'n weg.....'**

INHOUDSOPGAWE

Titelbladsy

Verklaring	i
Opsomming	ii
Summary	iii
Dankbetuigings	iv

Hoofstuk1: Inleiding

1.1	Rasionaal.....	01
1.2	Probleemstelling	04
1.3	Doelwitte.....	06
1.4	Operasionele beskrywings.....	07
1.5	Navorsingsmetodologie	08
	1.5.1 Navorsingsontwerp	08
	1.5.2 Steekproefneming.....	09
	1.5.3 Dataversameling	10
	1.5.4 Loodsstudie.....	10
	1.5.5 Data-analise.....	11
1.6	Etiese implikasies	11
1.7	Beperkings in die navorsing.....	12
1.8	Konseptuele raamwerk	13

1.9	Samevatting.....	16
1.10	Uiteensetting van die hoofstukke	16
Hoofstuk 2: Literatuuroorsig		
2.1	Inleiding	18
2.2	Toepaslike wetgewing.....	19
2.3	Anatomiese oorsig van die bekkenvloer en belangrike strukture	20
2.4	Definisie van perineale trauma.....	22
2.5	Perineale skeure	23
2.5.1	Klassifikasie van perineale skeure	23
2.5.2	Risikofaktore wat kan aanleiding gee tot perineale skeure	28
2.5.2.1	Verloskundige geskiedenis	29
2.5.2.2	Voorgeboorte-tydperk	30
2.5.2.3	Intrapartum faktore.....	33
2.5.2.4	Neonatale faktore.....	46
2.5.3	Tekens dat 'n perineale skeur onvermydelik is	47
2.6	Episiotomies.....	48
2.6.1	Geskiedenis van 'n episiotomies.....	48
2.6.2	Tipes episiotomies	48
2.6.3	Indikasies vir 'n episiotomie	50
2.6.4	Voordele van 'n episiotomie	52
2.7	Infiltrasietegniek	54
2.7.1	Infiltrasietegniek vir knip van episiotomie	54
2.7.2	Infiltrasietegniek vir hegting van eerstegraadse skeur	55

2.7.3	Infiltrasietegniek vir hegting van tweedegraadse skeur of episiotomie wat nie vooraf geïnfiltreer is	56
2.8	Die knip van 'n episiotomie	57
2.9	Hegting van perineale wonde	58
2.9.1	Tegniek van hegting van eerstegraadse skeure	60
2.9.2	Tegniek van hegting van 'n tweedegraadse skeur en 'n episiotomie	60
2.9.3	Met voltooiing van hegting	63
2.10	Nadele en/of komplikasies van perineale wonde	63
2.11	Die rol van die vroedvrou in die voorkoming van perineale trauma	66
2.12	Samevatting	69

Hoofstuk 3: Metodologie

3.1	Inleiding	70
3.2	Navorsingmetodologie	70
3.2.1	Benadering.....	70
3.2.2	Navorsingsontwerp	71
3.2.3	Populasie en steekproefneming.....	71
3.2.3.1	Gesondheidsinstellings	73
3.2.3.2	Verpleegkundiges	79
3.2.3.3	Bevallings en hegtings	82
3.2.4	Dataversamelingsmetodes.....	85
3.2.4.1	Gestruktureerde, nie-deelnemende observasie	85
3.2.4.2	Die vraelys	88

3.2.4.3 Onderhoudvoering	89
3.2.5 Loodsstudie.....	91
3.2.6 Geldigheid en betroubaarheid.....	93
3.2.7 Data-analise.....	96
3.3 Samevatting.....	97

Hoofstuk 4: Data-analise

4.1 Inleiding	98
4.2 Metode van data-analise.....	98
4.3 Kwantitatiewe data.....	99
4.3.1 Vraelys aan verpleegkundiges	100
4.3.1.1 Persoonlike en professionele besonderhede	102
4.3.1.2 Spesifieke inligting betreffende perineale wonde	117
4.3.2 Kontrolelyns betreffende bevallings waargeneem.....	137
4.3.2.1 Algemene inligting.....	138
4.3.2.2 Voorgeboorte besonderhede	138
4.3.2.3 Intrapartum besonderhede	146
4.3.2.4 Besonderhede van die neonaat.....	164
4.3.3 Kontrolelyns betreffende hegting van perineale wonde	166
4.3.3.1 Algemene besonderhede	166
4.3.3.2 Infiltrasietegniek	169
4.3.3.3 Hegtingstegniek	172
4.3.3.4 Verpleegkundige optrede na voltooiing van die hegting	179
4.3.3.5 Individuele vaardighede	180

4.3.3.5.1	Betreffende infiltrasietegniek.....	180
4.3.3.5.2	Betreffende heging van eerstegraadse skeure	181
4.3.3.5.3	Betreffende heging van tweedegraadse skeure en episiotomies.....	183
4.3.4	Gesimuleerde evaluasie van finale jaar studente.....	185
4.4	Kwalitatiewe data	188
4.4.1	Kommentaar en/of aanbevelings van respondente wat vraelyste voltooi het.....	188
4.4.1.1	Betreffende knip van episiotomies	188
4.4.1.2	Betreffende heging van perineale wonde.....	189
4.4.1.3	Betreffende huidige opleiding.....	190
4.4.2	Veldnotas tydens observasie van bevallings en hegings	191
4.4.3	Onderhoudvoering	191
4.5	Samevatting	192
Hoofstuk 5: Gevolgtrekking en aanbevelings		
5.1	Inleiding	193
5.2	Klassifikasie van perineale skeure	104
5.3	Risikofaktore wat aanleidend is tot perineale skeure	195
5.4	Indikasies vir die knip van 'n episiotomies	196
5.5	Spesifieke tekens dat 'n perineale skeur onvermydelik is	199
5.6	Infiltrasietegniek	200
5.6.1	Infiltrasie vir knip van episiotomies.....	200

5.6.2 Infiltrasie van perineale wonde.....	201
5.7 Knip van episiotomies	201
5.8 Hegting van perineale wonde	203
5.8.1 Hegtingstegniek van 'n eerstegraadse skeur	205
5.8.2 Hegtingstegniek van 'n ongekompliseerde tweedegraadse skeur en 'n episiotomies	205
5.9 Verpleegkundige optrede met voltooiing van hegting	206
5.10 Komplikasies van perineale wonde	207
5.11 Die rol van die vroedvrou in die voorkoming van perineale trauma	207
5.12 Opleiding.....	212
5.13 Implikasies vir verdere navorsing.....	219
5.14 Samevatting	220
Verwysings	222
Lys van tabelle	
Tabel 3.1: Steekproefneming	73
Tabel 3.2: Klassifikasie van Gesondheidsinstellings.....	75
Tabel 4.1: Geregistreerde vroedvroue se ouderdom in jare.....	104
Tabel 5.1 Individuele vaardigheid versus opleiding:.....	216
Lys van figure	
Figuur 1.1: Konseptuele raamwerk	13
Figuur 2.1: Middel en oppervlakkige spierlae van die bekkenvloer	21
Figuur 2.2: Diagrammatiese voorstelling van die oppervlakkige strukture van die bekkenvloer	23

Figuur 2.3: Tipes perineale skeure	27
Figuur 2.4: Verandering van houding van fetale skedel gedurende geboorteproses	41
Figuur 2.5: Die Ritgen maneuver	41
Figuur 2.6: Subkutikulêre steek	62
Figuur 3.1: Proporsionele stratifikasie van gesondheidsinstellings	77
Figuur 3.2: Steekproefneming betreffende aantal dae	80
Figuur 3.3: Gesondheidsinstellings toestemming verleen vir die Navorsingstudie	84
Figuur 4.1: Ouderdom van verpleegkundiges	102
Figuur 4.2: Vlak van opleiding	103
Figuur 4.3: Instansies vir voorregistrasie-opleiding	104
Figuur 4.4: Provinsies vir voorregistrasie-opleiding	105
Figuur 4.5: Aard van opleiding	106
Figuur 4.6: Jaar opleiding voltooi	107
Figuur 4.7: Voorregistrasie-verloskunde	107
Figuur 4.8: Na-registrasie verloskunde: instansies	108
Figuur 4.9: Na-registrasie verloskunde: provinsie	108
Figuur 4.10: Na-registrasie verloskunde: jaar voltooi	109
Figuur 4.11: Hoogste verloskundige kwalifikasies	110
Figuur 4.12: Jare werksaam in kraamsaal	110
Figuur 4.13: Diensjare onderbroke	111
Figuur 4.14: Huidige plasing voorkeurkeuse	112

Figuur 4.15: Opleiding betreffende knip van episiotomies	113
Figuur 4.16: Opleiding betreffende hegting van perineale wonde	114
Figuur 4.17: Ontleding betreffende knip van episiotomies	116
Figuur 4.18: Ontleding betreffende hegting van episiotomies	117
Figuur 4.19: Episiotomies as standaardprosedure.....	118
Figuur 4.20: Episiotomie so ver moontlik vermy	119
Figuur 4.21: Risikofaktore vir perineale skeure wat verband hou met geskiedenis	120
Figuur 4.22: Risikofaktore wat verband hou met kraam.....	122
Figuur 4.23: Risikofaktore wat verband hou met perineale trauma	123
Figuur 4.24: Strukture betrokke in eerstegraadse skeur	125
Figuur 4.25: Korrekte tydstip om episiotomie te knip	125
Figuur 4.26: Knip van episiotomie sonder verdowing.....	126
Figuur 4.27: Tipe episiotomie-insnyding	127
Figuur 4.28: Gemiddelde lengte van episiotomie	127
Figuur 4.29: Moontlike komplikasies van perineale skeure.....	128
Figuur 4.30: Voorkomende maatreëls: Voorgeboorte-klasse	129
Figuur 4.31: Voorkomende maatreëls: Beheer van presenterende deel.....	130
Figuur 4.32: Voorkomende maatreëls: Skedel verlos tussen kontraksies.....	130
Figuur 4.33: Voorkomende maatreëls: Verlossing van baba met een kontraksie ...	131
Figuur 4.34: Voorkomende maatreëls: Anterior skouer verlos voor interne rotasie van skouers.....	132

Figuur 4.35: Voorkomende maatreëls:	
Meer as een vroedvrou betrokke by verlossing.....	133
Figuur 4.36: Perineum manueel ondersteun.....	134
Figuur 4.37: Foutiewe hegtingstegniek: fistula.....	134
Figuur 4.38: Posisie van apekssteek	135
Figuur 4.39: Hegting van vaginale mukosa.....	136
Figuur 4.40: Hegting van perineale vel	137
Figuur 4.41: Moederlike ouderdom en perineale skeure.....	140
Figuur 4.42: Graviditeit en pariteit versus verskillende tipe skeure	141
Figuur 4.43: Vorige episiotomies en/of skeure.....	143
Figuur 4.44: Swangerskapkomplikasies.....	143
Figuur 4.45: Gestasieduur	144
Figuur 4.46: Fetale posisie.....	146
Figuur 4.47: Verlengde eerste stadium	147
Figuur 4.48: Eerste stadium komplikasies	148
Figuur 4.49: Toediening van oksitosien tydens eerste en/of tweede stadium	149
Figuur 4.50: Verlengde tweede stadium	150
Figuur 4.51: Tweede stadium komplikasies.....	151
Figuur 4.52: Moederlike posisie tydens tweede stadium.....	152
Figuur 4.53: Ondersteuning van die perineum.....	153
Figuur 4.54: Perineale massering	154
Figuur 4.55: Fetale nood.....	156

Figuur 4.56: Tipe perineale skeure	157
Figuur 4.57: Episiotomie geknip.....	160
Figuur 4.58: Moederlike samewerking	161
Figuur 4.59: Beheerde verlossing	164
Figuur 4.60: Geboortemassa	165
Figuur 4.61: Kopomtrek	166
Figuur 4.62: Tipe perineale wond	167
Figuur 4.63: Infiltrasietegniek korrek	171
Figuur 4.64: Tydsduur voor hegting	172
Figuur 4.65: Hegting van die vaginale mukosa: apekssteek	173
Figuur 4.66: Tipe steke in vaginale mukosa.....	175
Figuur 4.67: Hegting van perineum: kroonsteek ingeplaas	176
Figuur 4.68: Tipes steke in perineale spierlaag	177
Figuur 4.69: Tipes steke in perineale vel	178
Figuur 4.70: Individuele vaardigheid betreffende infiltrasietegniek	182
Figuur 4.71: Individuele vaardigheid betreffende hegting van 'n eerstegraadse skeur.....	184
Figuur 4.72: Individuele vaardigheid betreffende hegting van 'n tweedegraadse skeur en episiotomies	187
Figuur 5.1 Klassifikasie van perineale trauma.....	195

Bylaes

Bylae 1: Departement Gesondheid: Fasiliteitslys

Bylae 2: Herklassifikasie van openbare gesondheidsinstellings in die

Wes-Kaap wat verlossings behartig

Bylae 3: Toestemmingsbrief

Bylae 4: Toestemmings verleen

Bylae 5: Bevallingskontrolelys

Bylae 6: Hegtingskontrolelys

Bylae 7.1: Vraelys: Afrikaans

7.2: Vraelys: Engels

Bylae 8: Semi-gestruktureerde onderhoud

Bylae 9.1: Infiltrasietegniek vir knip van episiotomie

9.2: Infiltrasietegniek vir hegting van eerstegraadse skeure

9.3: Infiltrasietegniek vir hegting van tweedegraadse skeure en
episiotomie nie vooraf geïnfiltreer

Bylae 10: Knip van 'n episiotomie

Bylae 11.1: Hegtingstegniek van 'n eerstegraadse skeur

11.2: Hegtingstegniek van 'n tweedegraadse skeur en
episiotomie

HOOFSTUK 1

INLEIDING

1.1 Rasionaal

Perineale trauma met geboorte is 'n baie algemene verskynsel en kom voor as gevolg van 'n episiotomie, óf spontane skeure van die perineum. Die *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* bereken dat meer as 85% vroue tydens die geboorte van hul baba een of ander vorm van perineale trauma opdoen. Tussen 60 en 70% van hierdie vroue se perineale wonde benodig hegting (RCOG,2001).

'n Episiotomie behels 'n chirurgiese insnyding in die perineum met die doel om die vaginale introïtus tydens die geboorte te vergroot. Voor en tydens die tagtigerjare is episiotomies roetneweg by feitlik alle primigravidas geknip om perineale skeure te voorkom (Slabber *et al.*, 1980:117). Die siening het bestaan dat die geboortekanaal met die verlossing van die eerste baba geneig is om ongekontroleerde laserasies op te doen en ".....the clean cut is more easily repaired and heals better than a ragged laceration....." (Myles,1981:611). Daar is ook geredeneer dat indien episiotomies geknip word, dit perineale skeure kan voorkom; babas sal sonder ernstige geboortebeserings gebore word en dit sal die moontlike emosionele en fisiese trauma wat met geboorte geassosieer word, minimaliseer.

In 'n 'n studie gedoen in Wenen meld Bodner *et al.* (2001:743-6) egter dat 'n episiotomie nie noodwendig ernstige perineale skeure voorkom nie. Indien 'n primigravida pasiënt geboorte aan 'n groot baba skenk, het sy 'n verhoogde risiko om perineale skeure op te doen, ongeag of 'n episiotomie as voorkomingsmaatreël gedoen is al dan nie.

Albers *et al.* (1996:269) is van mening dat episiotomies egter sonder voldoende wetenskaplike bewys van die effektiwiteit daarvan,

geïmplementeer is. Die navorser is ook van mening dat die meeste van die primigravidas nie noodwendig 'n tweede- of derdegraadse skeur sal opdoen nie. Calvert *et al.* (2000:407-15) bevestig met hul navorsing in Skotland dat die noodsaaklikheid vir episiotomies as voorkomingsmaatreël vir perineale skeure bevraagteken en hersien moet word.

'n Episiotomie kan dus groter perineale trauma veroorsaak indien slegs 'n eerstegraadse skeur sou voorkom. Dit is ook moontlik dat die pasiënt geen laserasies tydens die geboorte sou opdoen nie. Episiotomies is in elk geval nie 'n aanvaarbare ingreep vir die vrou nie. Die hegting en gepaardgaande pyn vir die eerste paar weke of dae is ongemaklik vir die vrou. Navorsing het ook bevind dat die littekens van episiotomies langtermyn probleme vir die pasiënte kan inhou, insluitend latere seksuele ongemak of selfs 'n afname in seksuele sensasie. Indien vroue 'n keuse het, sal die meeste vroue verkies dat 'n episiotomie nie uitgevoer word nie (Sellers, 1993:549). Ook Aikins *et al.* (1998 : 226-34) dui aan dat episiotomies en perineale skeure beduidende ongemak vir vroue in die postpartum periode kan veroorsaak.

Resultate van 'n studie in Kanada toon dat perineale trauma weens 'n episiotomie óf 'n spontane tweede of derde graadse skeur tydens die eerste verlossing, meer as drie keer die risiko vir spontane perineale skeure tydens die tweede verlossing verhoog. Die risiko van spontane perineale skeure tydens die tweede verlossing hou dus direk verband met die ernstigheid van die vorige perineale skeur of episiotomies (Martin *et al.*, 2001: 333-7).

Sultan *et al.* (2002:100) het bevind dat daar wereldwyd 'n variasie in die tendens van episiotomies is wat wissel van ongeveer 30% in Europa tot amper 100% in Argentinië. Die roetine knip van episiotomies in die literatuur word toenemend bevraagteken.

Dit blyk dit dat episiotomies nie meer algemeen deur vroedvroue geknip word in 'n poging om perineale trauma te verminder nie. Gerrits *et al.* (1994: 103-6) bevestig hierdie siening deur melding te maak dat spesialiste-in-opleiding

en ginekoloë in Nederland onderskeidelik 2,5 en 3,4 keer meer geneig is as vroedvroue om 'n episiotomie uit te voer om perineale skeure te voorkom.

Dit blyk dus uit die literatuur dat daar kontroversie bestaan oor die rol van episiotomies in die voorkoming van perineale trauma en of die nuwer tendens, om die pasiënt toe te laat om eerder te skeur, inderdaad goeie praktykvoering is. Carroli *et al.* (Cochrane Library, 2002) maak melding van die huidige twee hoof sienings betreffende episiotomies, naamlik:

- 'Try to avoid an episiotomy: the restricted episiotomy instruction' (in 27,6% van die studies); en
- 'Try to avoid a tear: the liberal episiotomy instruction' (in 72,7% van die studies). Hierdie benadering verwys na die praktyk waar episiotomies roetinegeweg geknip word.

Dit is die plig van die verpleegkundige om toe te sien dat die verlossing so gekontroleerd as moontlik plaasvind om perineale skeure te voorkom. Die verpleegkundige behoort slegs 'n episiotomie te knip as 'n tweedegraadse skeur of erger laserasies geantisipeer word. Dit het gevolglik gelei tot die aanname dat daar definitiewe indikasie(s) moet wees vir die uitvoer van 'n episiotomie en dat 'n tweede of derdegraadse skeur onvermydelik is voordat 'n episiotomie geknip word (Theron, 1998: eenheid 9.5). Die indikasies in die literatuur vir die uitvoer van 'n episiotomie is egter baie verwarrend. Hierdie stelling word ook deur Williams *et al.* (1998:422-7) beklemtoon wat ook aanbeveel dat daar eenvormigheid betreffende die indikasies vir episiotomies moet wees.

Indien die vroedvrou nalaat om 'n episiotomie te knip en die pasiënt doen tweede- of derdegraadse skeure op, óf daar is moederlike morbiditeit as gevolg van ander komplikasies, dra die vroedvrou daartoe by dat die pasiënt onnodige perineale trauma opdoen. Indien 'n episiotomie egter onnodig geknip word en die pasiënt sou andersins net 'n eerste graadse skeur, of geen

perineale skeure opdoen nie, is ook onnodige perineale trauma vir die pasiënt veroorsaak.

Die ideaal is dat 'n vrou geen perineale trauma gedurende die verlossing van haar baba moet opdoen nie. Die verantwoordelikheid berus dus by die vroedvrou om toe te sien dat elke vrou met haar bevalling nie onnodige perineale trauma, hetsy 'n skeur of 'n episiotomie, sal opdoen nie.

Die verpleegkundige werksaam in die openbare sektor is gewoonlik die persoon wat die besluit moet neem of 'n episiotomie geknip gaan word. Die vroedvrou moet dus al die aanleidende risikofaktore vir perineale skeure kan herken en korrekte besluite betreffende die knip van 'n episiotomie neem. Sultan *et al.* (2002:111) maak egter melding dat episiotomies dikwels uitgevoer en gehêg word deur "..... those who are sub-optimally trained.....". Hierdie siening word deur Salmon (1999:248) ondersteun wat noem dat die vaardighede van die praktisyn belangriker is as die hegtingstegniek en -materiaal wat gebruik word om kort- en langtermyn komplikasies vir die pasiënt te voorkom.

Met hierdie projek poog die navorser dus om 'n positiewe bydrae te lewer om die insidensie van perineale trauma te verminder deur huidige praktyke te evalueer en as verpleegopvoeder riglyne aan verpleegkundiges te verskaf oor hoe om perineale trauma te verminder.

1.2 **Probleemstelling**

Die hedendaagse siening is dat 'n vrou geboorte moet skenk sonder enige perineale trauma, hetsy 'n episiotomie of perineale skeur. 'n Episiotomie moet alleenlik gedoen word indien alle tekens daarop dui dat dit onvermydelik is dat die perineum sal skeur en dus nie as 'n profilaktiese maatreeël nie. Hierdie besluit is nie vooraf bepaalbaar nie en die geregistreerde vroedvrou moet hierdie besluit neem op 'n laat stadium wanneer die baba se skedel reeds op die perineum verskyn.

Dit blyk dat geregistreerde verpleegkundiges nie altyd geneë is om 'n episiotomie te knip nie. Dit is nie duidelik of dit is omrede hulle hegingsvaardighede nie voldoende is nie, óf omdat die noodsaaklikheid van 'n episiotomie nie betyds ingesien word nie. Gevolglik doen die vrou dikwels tweede- of derdegraadse perineale skeure op. Indien die verpleegkundige wel besluit om 'n episiotomie te knip, bestaan die moontlikheid dat die perineum reeds mediaal begin skeur het en die perineale skade mag moontlik uitbrei. Indien sy besluit om nie 'n episiotomie te knip nie, bestaan die moontlikheid dat die pasiënt 'n perineale skeur sal opdoen, wat kan wissel van 'n eerste- tot vierdegraadse skeur. Die bevalling kan egter ook plaasvind sonder dat die pasiënt enige perineale skeure opdoen.

Die geregistreerde vroedvrou praktiseer tot 'n groot mate onafhanklik binne die parameters van wetgewing en die onderskeie regulasies van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging wat sy/haar praktyk beheer. Daar rus dus 'n groot verantwoordelikheid op die verpleegkundige om die korrekte besluite op die korrekte tydstip te neem.

Daar is ook tans geen betroubare meganisme in gebruik om bevallings en heging van perineale wonde doeltreffend te evalueer nie. Dit word in die praktyk aanvaar dat verpleegkundiges perineale hegings kan doen. Selfs ná registrasie as vroedvroue word verpleegkundiges nie deur mede-kollegas geëvalueer nie. Daar is ook geen indiensopleidingprogramme sodat verpleegkundiges hulle hegingstegnieke kan verbeter nie. Die navorser wil dus beklemtoon dat die geregistreerde vroedvrou meestal die tegniek wat sy/hy tydens opleiding geleer is, beoefen en as sulks na studente in opleiding oordra, ongeag of dit noodwendig die beste tegniek is al dan nie. Literatuur dui daarop dat sekere praktyke wat met perineale sorg verband hou, nie voldoende nagevors word nie en dat die behoefte aan 'n wetenskaplike evaluering van hierdie verloskundige praktyk 'n noodsaaklikheid is (Calvert *et al.*, 2000:415). McCandlish (2001: 396-401) stel dit as volg:

"Although some aspects of perineal management and repair have been researched and there is reliable evidence on which to base practice, there remains a considerable and urgent collaborative clinical research agenda that midwives should actively pursue."

Draper *et al.* (1996:143) meld ook dat die bestudering van langtermyn effekte van perineale hegtings beskou word as "unglamorous and unscientific". Hierdie houding dra daartoe by dat so min navorsing op hierdie gebied gedoen word, terwyl baie vroue jaarliks daardeur beïnvloed word en perineale trauma waarskynlik voorkom óf verminder kan word.

Uit die literatuur, informele gesprekvoering met kundiges, insluitend ginekoloë en verpleegkundiges werksaam in verloskundige dienste van staatsinstellings, asook eie praktykervaring, blyk dit dat daar huidig 'n toename in perineale trauma is. Dit sluit in episiotomies wat onnodiglik gedoen word met gevolglike postpartum ongemak, óf weens die nalaat om episiotomies uit te voer sodat perineale skeure voorkom.

Die navorsingsprobleem is uit die literatuur geïdentifiseer en die belang daarvan bevestig deur praktiese ervaring van die navorser. Die vrae wat as vertrekpunt vir die studie gedien het en waarop die navorsing gefokus is, was:

- ❑ Watter praktyke bestaan tans om perineale trauma te voorkom en indien perineale trauma wel voorkom, te hanteer en
- ❑ Wat is die verpleegkundige se kennis en vaardigheid ten opsigte van die voorkoming van perineale trauma?

1.3 Doelwitte

Die doelwitte van 'n navorsingsprojek moet spesifiek, meetbaar, maar realisties wees (De Vos, 1998:6).

Die doelwitte vir hierdie projek was om :

- ❑ Die kennis van verpleegkundiges wat bevallings hanteer, te bepaal betreffende die hantering van die perineum tydens die bevalling;
- ❑ Die vaardigheid van verpleegkundiges ten opsigte van die knip en hegting van episiotomies, eerste- en tweedegraadse skeure te evalueer;
- ❑ Moontlike risikofaktore wat aanleiding tot perineale skeure tydens vaginale verlossing kan gee, te identifiseer;
- ❑ Die persepsies van studente in opleiding te bepaal ten opsigte van hulle opleiding in die spesifieke prosedures met die oog op die voorkoming van perineale trauma en hegting van episiotomies, eerste- en tweedegraadse skeure;
- ❑ Die mening van ander rolspelers ten opsigte van perineale hantering tydens kraam te verkry;
- ❑ Riglyne te verskaf vir die voorkoming van perineale trauma en hegting van laserasies, eerste- en tweedegraadse skeure en
- ❑ Aanbevelings te maak vir verdere navorsing, opleiding en wetenskaplike vroedvroupraktykvoering.

1.4 Operasionele beskrywings

Die volgende terme word beskryf wat algemeen in die studie gebruik word:

- ❑ 'n *Derdegraadse perineale skeur* word gedefinieer as enige perineale skeur wat die anale sfinkterspiere insluit .
- ❑ 'n *Episiotomie of perineotomie* is 'n 'n chirurgiese insnyding van die perineum met die doel om die introïtus te vergroot tydens die geboorte.
- ❑ *HIV* verwys na "Human Immune Deficiency Virus" en word in hierdie studie sinoniem met die Afrikaanse weergawe *MIV* gebruik wat verwys na *Menslike Immuniteitsgebrek Virus*.

- ❑ *Multigraviditeit* verwys na 'n vrou wat al voorheen swanger was.
- ❑ *Perineale trauma* sluit in laserasies en episiotomies. Indien oppervlakkige laserasies voorkom wat nie hegting benodig nie, word dit as 'n intakte perineum beskou.
- ❑ *Primigraviditeit* verwys na 'n vrou wat vir die eerste keer swanger is.
- ❑ *Verlossingseenhede* is die primêre (eerstevlak) gesondheidsdienste waar pasiënte met ongekompliseerde swangerskappe kan kraam. Hierdie eenhede word deur vroedvroue beman en slegs indien probleme sou voorkom, word die pasiënt na 'n volgende vlak van sorg verwys.
- ❑ *Verpleegkundiges* sluit in studentverpleegkundiges besig met die vierjaar geïntegreerde kursus, geregistreerde verpleegkundiges besig met verloskunde opleiding en geregistreerde vroedvroue. Vir die doel van hierdie navorsing word die begrippe verpleegkundige en vroedvrou as sinonieme gebruik.
- ❑ *Voltydse baba* verwys na 'n baba gebore na 'n swangerskapsduur van 37 weke.
- ❑ *Verlossing* verwys na die geboorte van 'n baba en word in hierdie navorsingsprojek sinoniem met die begrip 'bevalling' gebruik.

1.5 Navorsingmetodologie

Volgens Uys *et al.* (1991:40) dien die navorsingmetodologie as die strukturele raamwerk waarvolgens die navorsingdoel en –doelwitte bereik kan word.

1.5.1 Navorsingsontwerp

Hierdie studie was hoofsaaklik 'n kwantitatiewe studie gebaseer op inligting verkry vanuit nie-deelnemende observasies en vraelyste, met 'n kleiner kwalitatiewe komponent, gebaseer op inligting verkry vanuit semi-

gestruktureerde onderhoude tydens die dataversamelingsfase. Hierdie doelbewuste kombinasie van kwantitatiewe en kwalitatiewe benaderings word as triangulasie beskryf. Metodologiese triangulasie is in hierdie studie gebruik om die betroubaarheid van die kwantitatiewe data te verhoog, asook om 'n meer holistiese beeld van die verskynsel wat ondersoek is, te verkry (De Vos, 1998:359).

Die studie was nie-eksperimenteel en beskrywend-verklarend van aard, aangesien dit onmoontlik en ontoepaslik was om die veranderlikes in hierdie studie betreffende perineale trauma, te manipuleer.

1.5.2 Steekproefneming

Die teikenpopulasie vir hierdie studie het ingesluit:

- ❑ alle toeganklike openbare gesondheidsinstellings in die Wes-Kaap wat verloskundige dienste aanbied en bevallings behartig;
- ❑ voorregistrasie verpleegkunde studente, geregistreerde verpleegkundiges en vroedvroue werksaam in kraamsale, asook geneeshere;
- ❑ intrapartum en postpartum pasiënte en
- ❑ alle toepaslike dokumentasie.

Sewe staatsbeheerde gesondheidsinstellings wat verloskundige dienste in die Wes-Kaap aanbied en bevallings hanteer, is geselekteer volgens 'n proporsionele gestratifiseerde ewekansige steekproefneming.

Die verpleegkundiges werksaam in kraamsale is volgens 'n toevallige steekproefneming ingesluit. Die bevallings en hegtings van perineale wonde is in hierdie studie op grond van 'n gerieflikheidssteekproefneming ingesluit. Die navorser het die verskillende gesondheidsinstellings op ewekansig geselekteerde dae besoek en die 33 bevallings en 25 hegtings wat tydens hierdie besoeke gedoen is, is geëvalueer.

1.5.3 *Dataversameling*

Verskeie instrumente is deur die navorser opgestel om die data in te samel. Die doel van die spesifieke meetinstrumente was om kennis, persepsies en praktiese vaardighede van verpleegkundiges betreffende die voorkoming en hantering van perineale trauma te bepaal.

Die instrumente was:

- ❑ Twee kontrolelyste om onderskeidelik bevallings en hegtings van perineale wonde te observeer (Bylae 5 en 6);
- ❑ Vraelyste aan verpleegkundiges wat bevallings behartig en hegtings doen (Bylae 7);
- ❑ Semi-gestruktureerde onderhoudvoering met geregistreerde vroedvroue en geneeshere wat beskikbaar was en ook betrokke by die opleiding van studente in verloskunde is (Bylae 8) en
- ❑ Die pasiënterekords en ander relevante dokumentasie is ook gebruik om inligting te verkry, of ander inligting wat ingesamel is, te verifieer.

1.5.4 *Loodsstudie*

Clifford (1990:197) definieer 'n loodsstudie as 'n kleinskaaltoetsing van die navorsingontwerp voordat die hoofstudie gedoen word sodat die navorser kan bepaal of die ontwerp in die praktyk uitvoerbaar is.

Die dataversamelingsinstrumente, naamlik die konsepvraelys, twee kontrolelyste en onderhoudskedule is onderwerp aan 'n loodsstudie en enkele veranderinge is aangebring om sekere aspekte duideliker te maak.

Die respondente in die loodsstudie is geselekteer vanuit dieselfde populasie as die hoofstudie, maar die data wat versamel is, is nie in die finale data-analise en uiteindelijke resultate ingesluit nie.

Die navorser het beplan om die veldwerk tussen 01 April 2002 en 31 Julie 2002 te doen, maar het die periode verleng tot 15 Augustus 2002 toe dataversadiging eers bereik is. Die navorser het die data self ingesamel om die moontlikheid van interwaarnemersverskille uit te skakel.

1.5.5 *Data-analise*

Die kwantitatiewe data is met behulp van die *EXCEL (MSOffice)* program ontleed. Die data was meer beskrywend van aard en dus is frekwensies en presentasies bereken om die data, hetsy in tabelle of grafieke, voor te stel.

Die kwalitatiewe data is ontleed deur gebruik te maak van Tesch se benadering (De Vos, 1998:343) waar sentrale temagedagtes geïdentifiseer en saamgevoeg is om die beskrywing van die kwantitatiewe data meer betekenisvol te maak.

1.6 **Etiese implikasies**

Die etiese riglyne wat geïmplementeer is, is gegrond op Uys *et al.* (1991:106) se grondbeginsels vir kliniese etiek.

Die omvang van die studie was van só 'n aard dat dit geen implikasies vir die pasiënt, personeel of gesondheidsinstelling ingehou het nie:

- Geen behandeling is aan pasiënte gegee, óf weerhou nie;
- Geen inbreuk is op die pasiënte se versorging gemaak nie ;
- Geen dokumente is uit rekords verwyder nie;
- Alle inligting is konfidensieël hanteer en slegs vir navorsingsdoeleindes gebruik;
- Pasiënte se privaatheid is gerespekteer; en

- Die navorsing het geen finansiële implikasies vir die gesondheidsinstansie ingehou nie. Skriftelike toestemming is aan al die gesondheidsinstellings wat betrek is in die navorsing (Bylae 3) gestuur en slegs daardie inrigtings wat toestemming vir die navorsing gegee het, is ingesluit (Bylae 4).

1.7 **Beperkings in die navorsing**

Selfs in die mees sorgvuldig beplande navorsingstudie is daar gewoonlik heelwat potensiële beperkings of probleme. Dit is belangrik dat al die probleme gelys moet word en die navorser moet aandui watter maatreëls ingestel is om die probleme te beperk.

Die navorsingsproses is aanvanklik vertraag deurdat 'n periode van sewe weke verloop het voordat 'n opgedateerde lys van al die staatsinstellings wat verloskundige dienste in die Wes-Kaap aanbied, van die Departement Gesondheid verkry kon word. Hierdie vertraging het meegebring dat die tydperk beskikbaar vir die veldwerk verleng moes word.

Een van die geselekteerde verlossingseenhede het die navorser skriftelik in kennis gestel dat toestemming nie gegee word nie. Tydens die opvolg telefoniese gesprek is die navorser ingelig dat nie-deelnemende observasie van die bevallings nie moontlik was nie weens die groot aantal studente en hul fasiliteerders wat reeds geakkommodeer moet word en daar nie ruimte vir die navorser was nie. Dit het veroorsaak dat slegs een verlossingseenheid deur die navorser besoek kon word. Die navorser is egter van mening dat aangesien die verlossingseenhede deur dieselfde owerheid hanteer word, die praktyke van toepassing in die eenheid wat gebruik kon word, wel verteenwoordig is van die praktyke wat in die ander eenheid gebruik word.

Jander *et al.* (2001:229-34) meld dat hulle bevind het dat daar 'n verhoogde insidensie van perineale skeure in die vroeë oggendure tussen 03h00 en 06h00 was. Die navorsingsprojek onder bespreking sluit egter nie bevallings in wat snags plaasgevind het nie, aangesien dit nie vir die navorser prakties

moontlik was om die bevallings gedurende die nag te evalueer nie. Die navorser is egter van mening dat dit nie 'n beperking was wat die navorsing beduidend beïnvloed het nie, aangesien die vroedvroue wat nagdiens doen, wel ook dagdiens doen. Die aanname is dus gemaak dat die moontlikheid gering was dat praktyke tydens dag- en nagdiens aansienlik sou verskil.

Sekere aspekte wat die navorser wou ondersoek het, kon nie waargeneem word gedurende die tydperk wat bevallings op die ewekansig geselekteerde dae geobserveer is nie. Die navorser wou vasstel of epidurale verdowing en intra-uteriene dood met 'n verhoogde insidensie van perineale trauma geassosieer word. Die navorser was egter van mening dat hierdie twee aspekte nie 'n beduidende invloed op die navorsingsbevindinge sou gehad het nie en daarom is die tydperk van veldwerk nie verleng nie. Dit blyk in elk geval dat epidurale verdowing as vorm van pynverdwoning tans minimaal in staatshospitale gebruik word.

Die veralgemeningswaarde van die resultate kan moontlik bevraagteken word aangesien hierdie studie slegs in die Wes-Kaap gedoen is. Die navorser is egter van mening dat die bevindings tog veralgemeen kan word, aangesien die bestek van praktyk van vroedvroue vir alle vroedvroue dieselfde is volgens SARV Regulasie 2488 van 26 Oktober 1990, ongeag die provinsie waar opleiding plaasgevind het, of waar die persoon tans werksaam is.

Vir die doeleindes van hierdie studie, met in ag geneem die omvang en gestelde doelwitte, is daar geen onderskeid tussen graad- en diploma studente se opleiding getref nie. In verdere studies kan hierdie aspek moontlik in meer besonderhede bestudeer word.

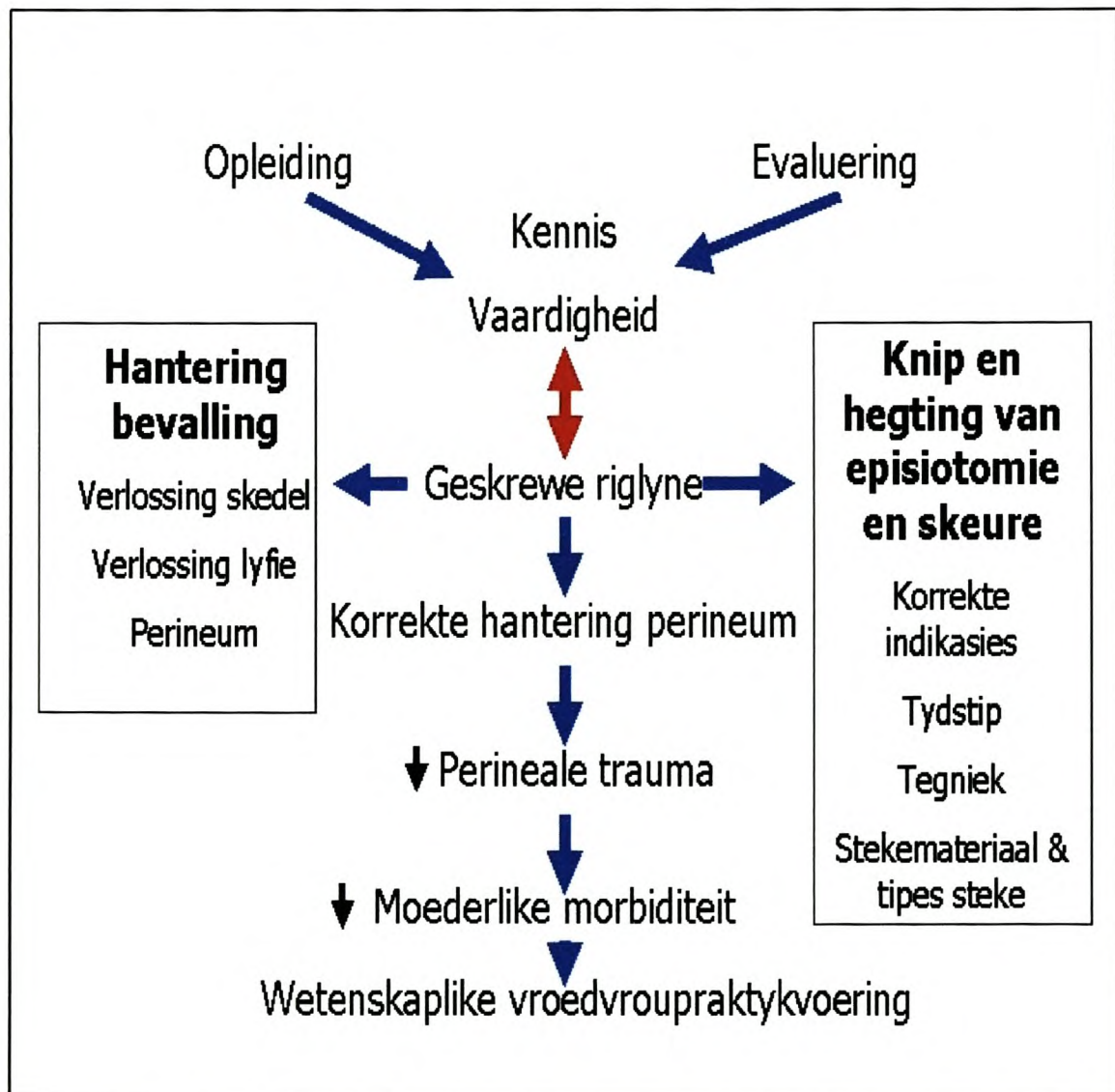
1.8 **Konseptuele raamwerk**

'n Konseptuele raamwerk dien as 'n riglyn vir die navorsing betreffende die belangrikste konsepte wat in die navorsing aangespreek gaan word. Hierdie raamwerk rig die navorser se gedagtes om spesifieke aspekte aan te spreek

wat 'n invloed mag uitoefen op die navorsingsprojek of moontlik die resultate kan beïnvloed. In Figuur 1.1 word die raamwerk aangedui wat in hierdie navorsing gebruik is en word dit bespreek om die konteks van die navorsing te verduidelik.

Figuur 1.1

Konseptuele raamwerk



Geskrewe riglyne moet geformuleer word ten opsigte van die hantering van die bevalling, knip en hegting van 'n episiotomie en/of skeure, spesifiek betreffende:

- Aspekte ten opsigte van die bevalling, naamlik goeie beheer van die fetale skedel, gekontroleerde verlossing van die fetale lyfie en geen praktyke wat die perineum kan kneus of beskadig nie en
- Aspekte ten opsigte van die tydig knip van 'n episiotomie volgens toepaslike indikasies, asook 'n veilige, korrekte hegtingstegniek van 'n episiotomie en/of skeure.

Hierdie riglyne bring mee dat indien die bevalling en die perineum korrek hanteer word, dit minder perineale trauma tot gevolg het en verminder dit dus ook die risiko's vir moederlike mortaliteit verbonde aan onnodige chirurgiese ingrepe, of die nalaat om tydig 'n ingreep te doen.

Alle verpleegkundiges werksaam in 'n kraamsaal moet opleiding ontvang betreffende die korrekte hantering van die perineum. Hierdie opleiding moet reeds plaasvind as deel van die basiese opleidingskursus van vroedvroue, maar moet voortgesit word na verwerwing van die basiese kwalifikasie in verloskunde. Verpleegkundiges moet egter nie net oor die nodige kennis beskik nie, maar moet ook genoeg inoefeningsgeleenthede onder toesig kry om die nodige vaardigheid te verwerf. Daar moet nie net aangeneem word dat die persoon die kennis het nie, maar die persoon moet ook geëvalueer word ten opsigte van sy/haar vaardigheid.

Slegs indien opleiding en evaluering aan die hand van geskrewe riglyne plaasvind, kan aanspraak gemaak word dat hierdie aspek van vroedvroupraktykvoering op 'n wetenskaplik gefundeerde basis gegrond word.

1.9 Samevatting

Hoofstuk 1 plaas die navorsingsprojek onder bespreking binne 'n spesifieke konteks. 'n Oorsig is gegee oor die huidige tendense ten opsigte van die knip van episiotomies en voorkoming van perineale trauma. Die navorsingsproses is oorsigtelik bespreek om aan die leser 'n aanduiding te gee van die stappe wat gevolg is om die doelwitte wat gestel is, te ondersoek en te bereik.

In Hoofstuk 2 word die literatuurstudie in diepte uiteengesit.

1.10 Uiteensetting van die hoofstukke

Die navorsingsverslag bestaan uit:

Hoofstuk 1: Inleiding. 'n Algemene oorsig word gegee oor wat tot die projek aanleiding gegee het. Die metodologie word oorsigtelik bespreek om die projek binne konteks te plaas. Moontlike beperkinge word uitgelig en daar word aangedui wat die moontlike impak daarvan kan wees.

Hoofstuk 2: Literatuurstudie. 'n Gedetailleerde uiteensetting word van die nasionale en internasionale literatuur gegee met verwysing na vorige studies se bevindinge.

Hoofstuk 3: Navorsingsmetodologie. Die navorsingsmetodologie vorm die teoretiese grondslag van die studie. Die stappe van die navorsingsproses in terme van navorsingsontwerp, steekproefneming, dataversameling en data-analise word in diepte bespreek.

Hoofstuk 4: Resultate en bespreking. Die resultate gegrond op die analise van die kwantitatiewe en kwalitatiewe data wat ingesamel is, word aangedui deur middel van grafieke en tabelle en bespreek. Resultate word geïnterpreteer in terme van die doelwitte wat gestel is en die literatuur.

Hoofstuk 5: Gevolgtrekkings en aanbevelings. Gevolgtrekkings word gemaak om aan te dui tot watter mate die navorsing aan die doelwitte wat in Hoofstuk

1 gestel is, beantwoord het. Aanbevelings word gemaak om die leemtes wat geïdentifiseer is, aan te spreek.

HOOFSTUK 2

LITERATUUROORSIG

2.1 Inleiding

Die doel van 'n literatuurstudie is om meer lig op die onderwerp van die navorsing te werp. De Vos (1998: 65) beklemtoon die belang van 'n deeglike literatuurstudie met die aanvang van die navorsingsproses. Die doel van die literatuurstudie vir hierdie projek was om:

- ❑ Inligting oor vorige navorsing ten opsigte van perineale trauma, insluitende perineale skeure en episiotomies, te verkry.
- ❑ Vorige navorsingstudies te bestudeer waarin spesifieke veranderlikes aangedui word wat moontlik 'n invloed op die voorkoms van perineale skeure kan uitoefen.
- ❑ 'n Aanduiding van die verskillende klassifikasie-sisteme van perineale skeure te verkry wat deur navorsers en outeurs gebruik word.
- ❑ Data-versamelingsinstrumente te identifiseer wat moontlik vir die studie gebruik kon word.
- ❑ Bevindinge van nasionale en internasionale navorsingstudies betreffende perineale skeure en episiotomies met die navorser se eie navorsingsresultate te vergelyk.
- ❑ Enige leemtes en probleme wat tydens vorige studies ervaar is tydig te identifiseer om die moontlike herhaling van dieselfde foute te voorkom.
- ❑ Toepaslike feite en aanbevelings te ondersoek wat moontlik in die Suid-Afrikaanse konteks geïmplementeer kan word.

Die mees onlangse literatuur met betrekking tot die navorsingsonderwerp is tot vyf jaar terug bestudeer. Draper *et al.* (1996:140) maak melding in hul studie dat daar wel 'n toename in die hoeveelheid literatuur betreffende hierdie onderwerp is, maar die kwaliteit en nuwe inligting bly beperk.

Die literatuur was geïdentifiseer deur gebruik te maak van:

- konvensionele soek-tegnieke, naamlik die Universiteit Stellenbosch se Mediese Skool biblioteek;
- *Medline* soektog en
- *World Wide Web* soekenjins ([http :/ www.google.com](http://www.google.com)).

Sleutelwoorde wat gedurende die soektog gebruik was, was hoofsaaklik:

episiotomie, perineale skeure/laserasies, perineale trauma en moederlike beserings/trauma.

Die navorser het hoofsaaklik plaaslike literatuur bestudeer betreffende die navorsingsonderwerp, aangesien die hantering van bevallings om sodoende perineale trauma te voorkom, asook die hegings van perineale wonde in Suid-Afrika voorregistrasie prosedures is. Buitelandse navorsingstudies en ander literatuur is wel bestudeer om die Suid-Afrikaanse vroedvrou teen internasionale praktyke te meet, maar ook om nuwe feite en aanbevelings te ondersoek.

2.2 Toepaslike wetgewing

In die Suid-Afrikaanse konteks is die volgende regulasies van Die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging huidig van toepassing met betrekking tot opleiding en registrasie van vroedvroue:

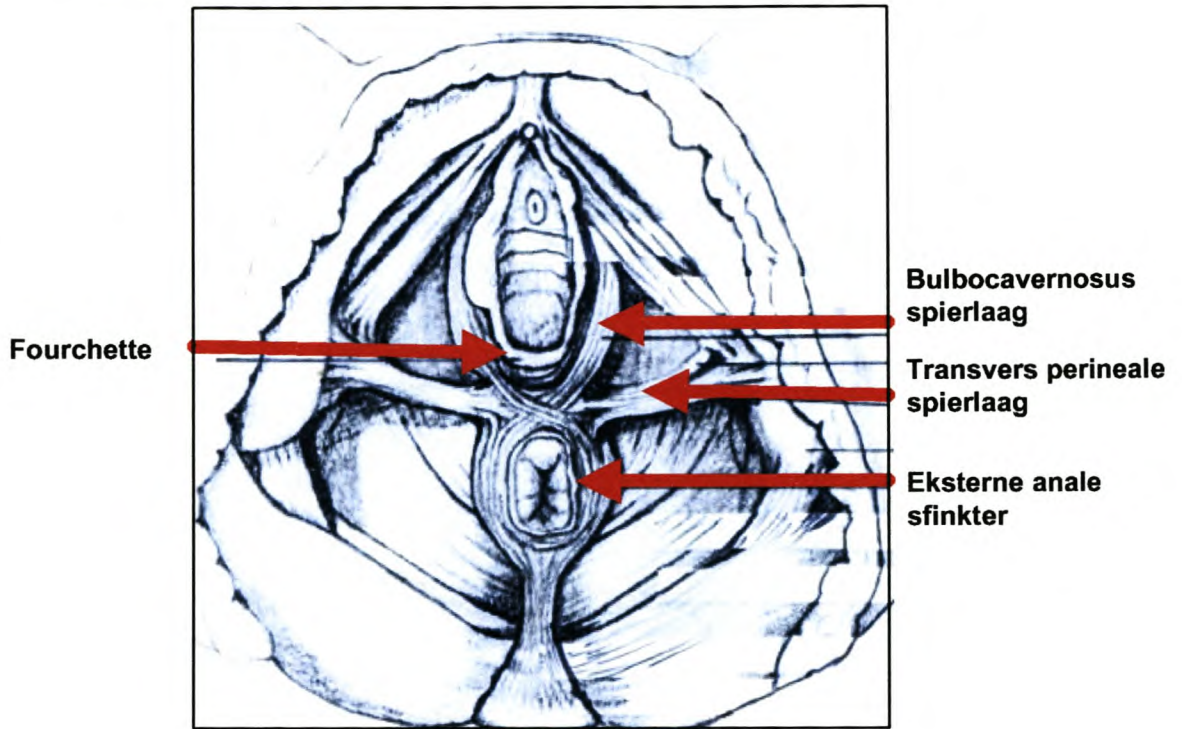
- SARV Regulasie No 425 van 22 Februarie 1985, soos gewysig, betreffende die opleiding van 'n verpleegkundige (algemene, psigiatriese en gemeenskapsverpleegkundige) en vroedvrou wat lei tot registrasie.
- Die volgende regulasies was voorheen van toepassing op die opleiding van vroedvroue waarvan heelwat nog werkzaam in die praktyk is:
 - SARV Regulasie No 254 van 14 Februarie 1975, soos gewysig, betreffende die kursus vir die diploma in Verloskunde vir registrasie as 'n vroedvrou (jaar diploma).
 - SARV Regulasie No 212 van 19 Februarie 1993, soos gewysig, betreffende die kursus in Kliniese Verpleegkunde wat tot registrasie van 'n addisionele kwalifikasie lei, naamlik Verloskundige en Neonatale Verpleegkunde (gevorderde verloskunde en neonatologie).
 - SARV Regulasie No 1740 van 29 September 1972, soos gewysig, betreffende Ingeskrewe Vroedvroue (groen epoulette). Hierdie opleiding word egter nie meer in Suid-Afrika aangebied nie.

2.3 **Anatomiese oorsig van die bekkenvloer en belangrike strukture**

Om die omvang van perineale trauma te verduidelik, is dit noodsaaklik om 'n basiese kennis van die bekkenvloer te hê. 'n Oorsig van toepaslike anatomie van die bekkenvloer word ingesluit.

FIGUUR 2.1

Middel en oppervlakkige spierlae van die bekkenvloer



Soos gedemonstreer in Figuur 2.1 en 2.2 bestaan die bekkenvloer uit drie lae spiere, gerangskik in pare, en ander sagte weefsel wat die bakkenuitgang uitvoer, naamlik:

- Die diep spierlaag: Hierdie laag bestaan uit die levator ani en koksigeuse spiere wat op só 'n wyse gerangskik is dat dit die passiewe bewegings wat die fetus ondergaan gedurende die geboorteproses, moontlik maak.
- Die middel spierlaag: Hierdie laag bevat die perineale liggaam wat gevorm word deur die transvers-perineale spiere en die anale sfinkterspiere. Die perineale liggaam is die area wat die meeste blootgestel is aan beserings en skeure gedurende die geboorte van

die baba. Dit is ook die area waar 'n episiotomie-insnyding gemaak word.

- Die oppervlakkige spierlaag: Hierdie spierlaag strek vanaf die simfese pubis anterior tot by die koksiks posterior. Die spiere omring die uretra en vorm die uretrale sfinkter. Die gedeelte wat die vagina omring, word die bulbocavernosusspier genoem en kruis tussen die vagina en die anus om sodoende die perineale liggaam te versterk. Hierdie is dus die gedeelte van die oppervlakkige spierlaag wat betrokke is by perineale skeure en/of episiotomies. Die spiere omring ook die anus om sodoende die anale sfinkter te vorm.

Die perineum bestaan dus uit die volgende strukture van belang:

- perineale vel wat die fourchette anterior vorm;
- bulbocavernosusspier;
- transversspiere en
- anterior gedeelte van die anale sfinkter (Sellers, 1993:99).

2.4 Definisie van perineale trauma

Martin *et al.* (2001:333) verwys na perineale trauma as:

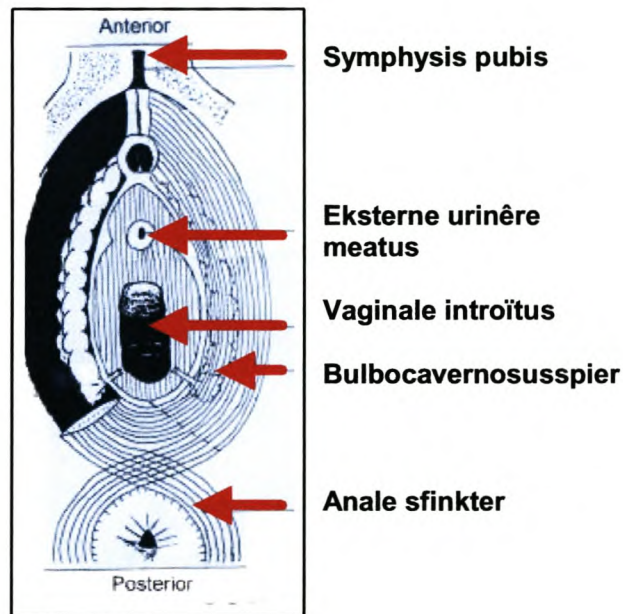
- 'n episiotomie en/of
- 'n spontane tweede- of derdegraadse skeur wat 'n vrou opdoen tydens die geboorte van haar baba.

Die navorser verkies om hierdie terminologie te gebruik, aangesien 'n episiotomie dieselfde pyn en ongerief vir die moeder veroorsaak as 'n tweede- of derdegraadse skeur. Ander perineale trauma, soos 'n vulvahematoom of kneusing behoort egter ook as perineale trauma gesien te word (Steen *et al.*, 1997).

Dit is die plig van die vroedvrou om elke bevalling só te hanteer dat die pasiënt dus nie onnodige perineale skeure opdoen, óf 'n episiotomie onnodig geknip word nie.

FIGUUR 2.2

Diagrammatiese voorstelling van die oppervlakkige strukture van die bekkenvloer



2.5 Perineale skeure

Sellers (1993:537) definieer perineale skeure as laserasies van die perineum en omliggende weefsel gedurende die geboorte van die baba tydens die tweede stadium van kraam.

2.5.1 Klassifikasie van perineale skeure

Spontane trauma as gevolg van die geboorteproses behels laserasies anterior van die introïtus, óf na posterior wat die perineum insluit, óf beide (Bennet *et al.*, 1999:460).

In die literatuur is daar nie eenvormigheid betreffende die klassifikasie van perineale skeure nie. Bennet *et al.* (1999: 461) definieer eerstegraadse skeure as skeure waar slegs die fourchette beskadig is en maak geen melding van laserasies van die vaginale mukosa en sub-mukosa nie. Die navorser is egter van mening dat in geval van sommige eerstegraadse skeure slegs die vaginale mukosa en sub-mukosa beseer kan wees en nie noodwendig die fourchette nie.

Die klassifikasie van perineale skeure maak slegs voorsiening vir laserasies van die perineum en sluit slegs in sommige gevalle die vaginale mukosa en sub-mukosa in. Min literatuur maak melding van perineale edeem, kneusing of hematome ná die geboorte, of ná die hegting. Hierdie simptome veroorsaak dikwels dieselfde pyn en ongerief vir die pasiënt, maar word dikwels in die praktyk geïgnoreer. 'n Studie gepubliseer deur Steen *et al.* (1997:432-6) maak melding van 'n kategoriese skaal van "none", "mild", "moderate" en "severe" om edeem en kneusings te klassifiseer. 'n Klassifikasie van perineale skeure behoort hersien te word en eerder 'n klassifikasie van perineale trauma voor te stel wat ook die mate van perineale edeem en kneusing in ag neem.

Vroedvroue het dikwels probleme betreffende die klassifisering en rekordering van perineale skeure indien dit gekompliseerd is met ander laserasies, soos beserings van die labia, klitoris, serviks en/of para-uretrale en transuretrale laserasies.

Alhoewel daar eenvormigheid bestaan betreffende die strukture wat betrokke is in eerste- en tweedegraadse skeure, is die navorser van mening dat die omvang van perineale trauma gesubklassifiseer moet word in gekompliseerde of ongekompliseerde perineale trauma indien daar ander laserasies of beserings, byvoorbeeld kneusings, hematome, para-uretrale of transuretrale laserasies teenwoordig is.

Sultan *et al.* (2002:103) maak melding in hul literatuurstudie dat beserings aan die anale sfinkters dikwels nie gediagnoseer word nie. Hierdie outeurs maak melding van 'n studie deur Groom en Patterson wat bevind het dat die insidensie van derdegraadse skeure met 15% gestyg het wanneer al die gediagnoseerde tweedegraadse skeure deur 'n tweede persoon geherklassifiseer is. Hierdie navorsers beweer dat tot 35% van vroue beserings van hul anale sfinkter tydens geboorte opdoen wat nie gediagnoseer word nie. Die gevolgtrekking was dat dit onvoldoende opleiding reflekteer en beklemtoon die behoefte aan 'n gestandaardiseerde klassifikasie van perineale trauma eerder as die huidige klassifikasie van perineale skeure wat algemeen gebruik word.

Sellers (1993:537) se klassifikasie van perineale skeure, soos gedemonstreer in Figuur 2.3, is die mees beskrywende skema. Hierdie outeur klassifiseer skeure volgens die weefsel en strukture van die bekkenvloer wat beskadig is, naamlik :

□ Eerstegraadse skeure

Die strukture wat beskadig is, is die volgende:

- o vaginale mukosa en submukosa;
- o fourchette en
- o minder as een sentimeter vel van die perineum direk onder die fourchette.

□ Tweedegraadse skeure

Die laserasie kom hoofsaaklik voor in die midlyn en behels die volgende strukture :

- o Vaginale mukosa en submukosa;

- o Laserasie van die perineumvel onder die fourchette; en
- o Die perineale spiere. Die levator ani-spier kan selfs ontbloot wees, maar die anale sfinkter is intakt.

□ Derdegraadse skeure

Hierdie laserasie sluit al bogenoemde strukture in, sowel as die anale sfinkter, hetsy gedeeltelik of volledig.

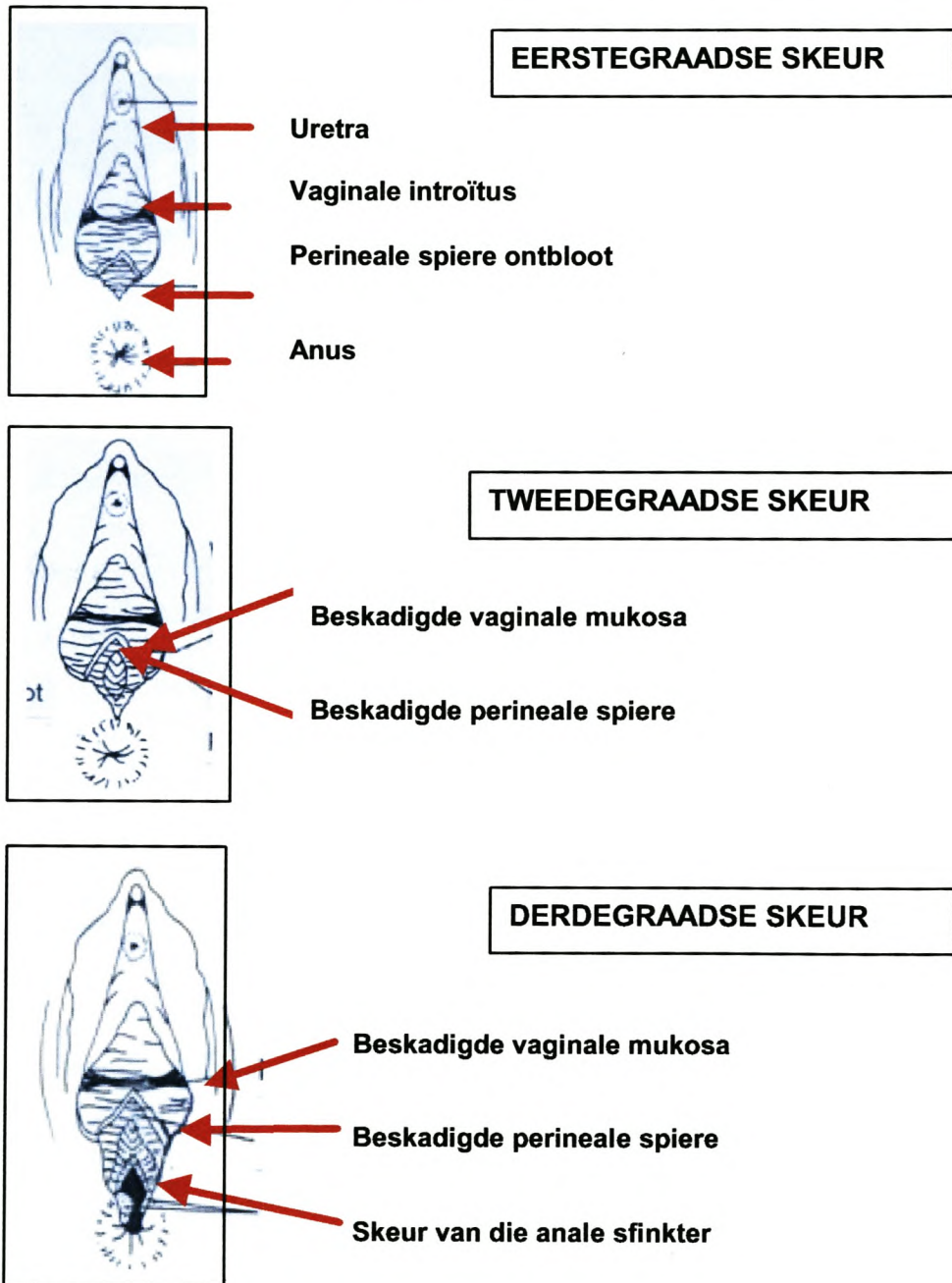
□ Vierdegraadse skeure

Bennet *et al.* (1999:461) maak ook melding van vierdegraadse perineale skeure indien die trauma verder strek as die anale sfinkter en ook die rektale mukosa insluit.

In 'n *Crochane oorsig* maak Sultan *et al.* (2002:104) melding van 65 verloskundige handboeke wat hulle bestudeer het en het gevind dat die graad een tot vier klassifikasie, soortgelyk aan wat Sellers voorstel, in 32% van die handboeke voorkom. In 29% van die handboeke is die graad een tot drie klassifikasie gevind wat derde- en vierdegraadse skeure saam klassifiseer. Ongeveer 18% van die handboeke wat bestudeer is, maak hoegenaamd geen melding van die klassifikasie van skeure nie. Hierdie *Crochrane oorsig* maak hoofsaaklik melding dat daar geen eenvormigheid is betreffende derde- en vierdegraadse skeure in die literatuur nie.

FIGUUR 2.3

Tipes perineale skeure



Sultan *et al.* (2002:105) beveel 'n subklassifikasie vir derdegraadse skeure aan betreffende die mate waartoe die anale sfinkter beskadig is, naamlik:

- o 3a. < 50% van die eksterne sfinkter beskadig;
- o 3b. > 50% van die eksterne sfinkter beskadig en
- o 3c. interne sfinkter beskadig.

Volgens hierdie outeurs word 'n vierdegraadse skeur gediagnoseer indien die anale sfinkter en die anale epiteel beskadig is.

2.5.2 Risikofaktore vir perineale skeure

Ten spyte van 'n volledige beskrywing in die literatuur en verskeie navorsers se uitgebreide navorsing om al die risikofaktore wat verband hou met perineale trauma te ondersoek, kom onnodige perineale trauma nog algemeen voor.

Nolte (1998:195) beklemtoon faktore betreffende die pelvis en fetus as bydraende faktore tot perineale skeure, terwyl Sellers (1993:539) weer risikofaktore hoofsaaklik as moederlike of fetale faktore klassifiseer.

Ná bestudering van die literatuur en vorige navorsingstudies betreffende aanleidende faktore tot perineale trauma, het die navorser risikofaktore geklassifiseer as faktore wat verband hou met die volgende:

- verloskundige geskiedenis;
- voorgeboorte-tydperk;
- intrapartum tydperk wat onderverdeel kan word in verloskundige, moederlike, fetale en perineale aspekte en
- neonatale tydperk.

2.5.2.1 Verloskundige geskiedenis

Sellers (vol 2,1993:996) beskou **ouderdom** as 'n risikofaktor vir perineale trauma. 'n Moeder jonger as 17 jaar is emosioneel, sielkundig, fisies en fisiologies nog nie werklik gereed vir swangerskap en baring nie. Die navorser se mening is dat 'n jong moeder se samewerking tydens die kraamproses nie altyd na wense is nie weens haar immaturiteit en onverskilligheid teenoor voorgeboortesorg, met die gevolg dat perineale skeure algemeen kan voorkom.

'n Moeder ouer as 35 jaar se perineum is weer rigied en dit kan aanleiding tot perineale skeure gee.

Betreffende **graviditeit en pariteit** as risikofaktore, beskryf Sellers (vol 2,1993:1239) die grande multigravida, met ander woorde 'n vrou wat aan vyf en meer babas geboorte gegee het, as '.....the dangerous multipara.....' Hierdie vroue is geneig tot ernstige, meestal onverwagse, komplikasies. Hierdie outeur noem dat skedel-bekken disproporsie algemeen voorkom by hierdie vroue wat toegeskryf kan word aan die feit dat daar 'n styging in die geboortemassa van opvolgende babas is. Perineale trauma kom dus algemeen voor, ook as daar in ag geneem word dat grande multipariteit met wanpresentasies geassosieer word as gevolg van 'n pendeleuse abdomen.

'n Ou primigravida verwys na 'n vrou wat haar eerste baba kry wanneer sy ouer as 35 jaar is. Skedel-bekken disproporsie en verlengde kraam kom algemeen by hierdie vroue voor. Die gevolg is dat kraam dikwels met geassisteerde verlossings en/of manipulasies geassosieer word wat weer kan lei tot beserings by die baba en/of die perineum (Sellers, vol 2, 1993: 1242).

Intra-uteriene dood verwys na die dood van 'n fetus voor die geboorte daarvan. Die term 'aborsie' word gebruik indien dit voor

lewensvatbaarheid voorkom en die term 'doodgeboorte' indien dit ná lewensvatbaarheid sou voorkom (Sellers, vol 2,1993:1233).

In die meeste gevalle word kraam geïnduseer om die swangerskap te termineer. Die gestasie hou direk verband met die grootte van die baba. Hoe verder die swangerskap dus gevorder was, hoe meer waarskynlik is dit dat die kraamproses kan lei tot perineale skeure.

Vorige episiotomies en/of skeure vorm littekenweefsel waarvan die vermoë om te rek ingekort is en dit is dus 'n aanleidende faktor vir perineale trauma tydens die huidige verlossing.

In 'n studie deur Martin *et al.* (2001:333-7) wat die verband tussen vorige perineale trauma en spontane perineale skeure ondersoek het, is gevind dat perineale trauma, hetsy 'n episiotomie of spontane skeur tydens 'n eerste verlossing, meer as drie keer die risiko verhoog vir spontane perineale skeure tydens die tweede verlossing. Die risiko vir spontane perineale skeure tydens die tweede verlossing hou ook direk verband met die ernstigheid van die vorige perineale skeur.

2.5.2.2 Voorgeboorte-tydperk

Verskeie aspekte kan tydens die voorgeboorte-tydperk geïdentifiseer word wat 'n invloed kan uitoefen op die insidensie van perineale trauma.

Swangerskapkomplikasies sluit onder andere braking, diabetes mellitus, fetale nood, hipertensie, epilepsie en asma in. In geval van enige swangerskapkomplikasies is dit belangrik dat die tweede stadium van kraam so kort as moontlik moet wees. Dit lei dikwels noodwendig tot geassisteerde verlossings met gepaardgaande episiotomies en/of perineale skeure van die een of ander aard (Bennet *et al.*,1999:284).

Betreffende die **gestasieduur** van swangerskap, is postmaturiteit 'n risiko vir perineale trauma, hetsy 'n episiotomie geknip word of dat ander

perineale trauma plaasvind. 'n Swangerskap wat 294 dae of 42 weke oorskry, word dikwels met 'n geboortemassa van 4 000 g of meer, skedel-bekken disproporsie en fetale nood geassosieer. (Bennet *et al.*,1999:490).

Sellers (vol 2,1993:1218) bevestig dat postmaturiteit geassosieer word met 'n traumatiese verlossing en tussentrede wat perineale trauma tot gevolg kan hê.

Nolte (1998:80) dui aan dat 'n swanger vrou se massa met elke voorgeboorte besoek gemeet moet word. 'n Algemene **massatoename** van 11 kg tydens swangerskap word beskou as normaal. Oorgewig kan onder andere swangerskapdiabetes tot gevolg hê met 'n gevolglike groot baba wat met die geboorte perineale trauma kan veroorsaak wat andersins nie sou voorgekom het nie.

Sellers (1993:175) is ook van mening dat dit belangrik is om met die eerste voorgeboorte besoek onder andere die pasiënt se massa te neem as basislyn waarteen haar massatoename tydens die swangerskap geëvalueer word.

In die praktyk egter word die pasiënte se massa nie met elke besoek geneem nie, aangesien die huidige argument bestaan dat 'n pasiënt klinies geëvalueer kan word deur middel van 'n abdominale ondersoek om die groei en ontwikkeling van die baba te bepaal.

Skedel-bekken disproporsie hou verskeie gevare vir die moeder en fetus in. Vir die doeleindes van hierdie studie word egter net die komplikasies wat verband hou met perineale trauma beklemtoon, naamlik edeem en beserings van die geboortekanaal wat te wyte is aan prosedures wat uitgevoer word om die baba te help verlos.

Sellers (1993:214) noem dat 'n **bekvenskatting** op elke vrou gedoen moet word op ongeveer 36 weke gestasie om skedel-bekken

disproporsie uit te skakel. Die navorser ondersteun hierdie siening, aangesien verpleegkundiges nie die opsie het om 'n keisersnit uit te voer nie. Die pasiënt moet betyds geëvalueer word om vas te stel of sy normaal sal kan kraam en indien nie, dat sy betyds vir geneeskundige hantering verwys kan word.

Nolte (1998:415) is egter weer van mening dat die bevindings van 'n bekkenskatting nie akkuraat genoeg is om 'n elektiewe keisersnit te regverdig nie. Volgens hierdie outeur kan skedel-bekken disproporsie die beste gediagnoseer word deur die pasiënt se vordering deeglik tydens proefkraam te monitor. In die praktyk word bekkenskatting ook nie meer roetinegeweg op voorgeboorte-pasiënte gedoen nie.

Nolte (1998:392) meld dat enige abnormaliteite betreffende die **fetale ligging, presentasie of posisie** 'n nadelige effek op die fetus, moeder en die kraamproses kan hê. Vir die doel van hierdie studie beklemtoon die navorser slegs die nadelige gevolge wat met perineale trauma verband hou, naamlik:

- ❑ Skedel-bekken disproporsie te wyte aan die abnormale afmeting van die presenterende deel wat dikwels laserasies van die vaginale kanaal en perineum tot gevolg het.
- ❑ Moederlike uitputting as gevolg van verlengde kraam wat dikwels lei tot die knip van 'n episiotomie tydens geassisteerde verlossings en/of gepaardgaande perineale skeure.
- ❑ Postpartum bloeding as gevolg van, onder andere die laserasies van die geboortekanaal.
- ❑ Infeksies as gevolg van, onder andere die verhoogde insidensie van weefselkade.

2.5.2.3 Intrapartum faktore

Hierdie groep risikofaktore kan obstetries, moederlik, fetaal of perineaal van aard wees. Die faktore word bespreek in die volgorde waarin die risikofaktore tydens die kraamproses 'n invloed kan uitoefen. Hierdie faktore is interafhanklik van mekaar. Dit is dus belangrik om daarop te let dat moederlike faktore aanleiding kan gee tot fetale probleme, byvoorbeeld dat moederlike uitputting uiteindelik fetale nood tot gevolg kan hê. Indien hierdie probleme opduik, lei dit dikwels tot ingrepe wat dikwels met perineale trauma geassosieer word.

Verlengde kraam lei dikwels tot komplikasies tydens die tweede stadium soos moederlike uitputting met gevolglike fetale nood en paniek by die pasiënt en verpleegkundige indien die baba nie spoedig verlos word nie.

Volgens Sellers (vol 2,1993:1357) word 'n *verlengde eerste stadium* by 'n primigravida gediagnoseer indien die aktiewe fase van die eerste stadium maksimum tien tot twaalf ure oorskry en daar geen vordering is nie, inaggenome dat 'n primigravida se serviks onder normale omstandighede ongeveer een sentimeter per uur ontsluit. In geval van 'n multigravida behoort die aktiewe fase nie ses tot 'n maksimum van agt ure te oorskry nie, inaggenome dat 'n multigravida se serviks ongeveer 1,5 cm per uur ontsluit.

Indien die latente fase van die eerste stadium egter ook in berekening gebring word, maak Sellers (1993:29) melding van 'n veel langer tydsduur voordat 'n verlengde eerste stadium gediagnoseer word.

Volgens Nolte (1998:379) kom *verlengde tweede stadium* meer algemeen voor as wat dit gediagnoseer word, aangesien dit moeilik is om presies te bepaal wanneer die tweede stadium begin. 'n Pasiënt se serviks kan vol ontsluit wees, maar daar is dalk nog geen aktiewe afbeurpogings nie.

Sellers (1993:329) dui aan dat 'n verlengde tweede stadium gediagnoseer word indien die normale tydsduur vir die tweede stadium oorskry word, gemeet vanaf die begin van aktiewe afbeurpogings, oftewel die perineale fase van die tweede stadium. Die gemiddelde duur van die tweede stadium van kraam vir 'n primigravida is ongeveer 40 minute en behoort nie een uur te oorskry nie, terwyl die gemiddelde duur van die tweede stadium van kraam vir 'n multigravida ongeveer 20 minute is en nie 30 minute mag oorskry nie.

Tydens die intervensie om die baba so gou moontlik te verlos, doen die moeder dikwels perineale trauma op, deur óf 'n episiotomie, óf perineale skeure en/of ander perineale trauma. Sellers (vol 2,1993:1360) maak ook melding van oorverrekking van die bekkenvloer met 'n gevolglike uteriene prolaps, sistoseel of 'n rektoseel. Tsunoda *et al.* (1999:1243-7) wat die effek van vaginale verlossings op die bekkenvloer ondersoek het, bevestig hierdie siening met hul bevindings dat 'n verlengde tweede stadium van kraam en derdegraadse skeure uitsakking of afdaling van die bekkenvloer kan veroorsaak. Verlengde kraam kan wel op 'n normale, ongeassisteerde verlossing uitloop indien dit nie deur moederlike uitputting en/of fetale nood gekompliseer word nie (Nolte,1998:382).

Oksitosientoediening, of ook genoem mediese induksie, word gebruik om doelbewus uteriene kontraksies te inisieer met die doel om die swangerskap te termineer (Sellers, vol 2,1993:1279). Hierdie outeur maak melding dat onoordeelkundige gebruik van oksitosien oorstimulasie van die uterus kan veroorsaak. 'n Stortgeboorte kan volg met ernstige bekkenvloer en perineale skade, of selfs uterusruptuur (Sellers,1993:1286). Bodner *et al.* (2001) het die aanleidende risikofaktore vir perineale laserasies tydens vaginale verlossings ondersoek en bevestig hierdie siening met hul bevindings dat die gebruik van oksitosien met veral derdegraadse skeure verband hou.

Die moeder kan verskillende **posisies** inneem tydens verlossing van die baba. Langstaande kontroversie bestaan of die regop posisie, hetsy sit, hurk of geboortestoele, óf die liggende posisie, naamlik dorsaal, lateraal of litotomie, voordelig vir die moeder is. Regop posisies vir kraam is in algemene gebruik in verskeie kulture, aangesien daar gereken word dat swaartekrag die kontraksies en servikale ontsluiting bevorder (Draper *et al.*, 1996:141).

Volgens Sellers (1998:481) egter, word die dorsale posisie aan vroedvroue én pasiënte voorgelê as die ideale posisie aangesien hierdie posisie geriefliker is vir die persoon wat die verlossing behartig, omrede:

- die vulva area beter geobserveer kan word;
- die fetale hart makliker gemonitor kan word;
- kontraksies en die tonus van die uterus makliker betas kan word en
- beter oogkontak met die pasiënt moontlik is.

Die nadele van die dorsale posisie is:

- posturale hipotensie;
- fetale nood;
- oneffektiewe uteriene kontraksies en
- swakker moederlike afbeurpogings.

'n Kritiese literatuuroorsig deur Draper *et al.* (1996:141) dui aan dat die dorsale posisie gedurende die tweede stadium van kraam egter tot 'n hoër insidensie van perineale skeure en episiotomies aanleiding kan gee en dat die regop posisie, spesifiek die knielposisie, meer dikwels tot 'n intakte perineum lei.

Volgens Theron (1998, eenheid 9:2) is dit geriefliker vir die persoon wat die verlossing behartig indien die pasiënt in die dorsale posisie is. Die nadeel is egter posturale hipotensie, aangesien die vergrote uterus op die vena cava inferior druk.

Sellers (1993:482) maak melding dat die insidensie van fetale nood en oneffektiewe uteriene werking, met gevolglike verlengde tweede stadium, meer dikwels voorkom indien die moeder in die dorsale posisie kraam. Hierdie outeur beveel aan dat die moeder eerder 'n laterale posisie inneem, aangesien:

- ❑ die probleem van posturale hipotensie voorkom word;
- ❑ die persoon wat die bevalling behartig die vulva en perineum beter kan besigtig;
- ❑ die bekkenvloerspiere meer ontspanne is en
- ❑ die verlossing beter beheer kan word.

Hierdie posisie is ook die ideale keuse om drukking op erge hemorroïdes te verlig. Die posisie is ook bevorderlik om 'n oormatige vinnige tweede stadium van kraam by multigravidas of pasiënte met 'n geskiedenis van stortgeboortes te voorkom (Nolte, 1998:167).

Sellers (1993:482) dui aan dat die litotomie-posisie slegs ideaal is wanneer komplikasies tydens die tweede stadium hanteer moet word.

Theron (1998, eenheid 9:2) noem dat die hurkposisie, waar die moeder op haar hurke sit en haarself met uitgestrekte arms ondersteun, huidige meer dikwels in sekere kulture gebruik word en die volgende voordele inhou:

- ❑ Die moederlike afbeurpogings is meer effektief.

- Die duur van die tweede stadium is aansienlik korter, aangesien die baba nie teen 'n helling verlos word nie.
- Minder pasiënte benodig geassisteerde verlossings.

Hierdie posisie is van waarde by die volgehoue posterior posisies waar die fetale skedel lank neem om in te daal.

Die semi-Fowler posisie, met die moeder se rug gelig tot 45°, is gemaklik vir beide die pasiënt en die persoon wat die bevalling behartig (Theron, 1998, eenheid 9:2).

Gupta *et al.* (Cochrane Library, 2000: Issue 1) het tot die gevolgtrekking gekom het dat daar verskeie voordele verbonde is aan die regop posisie tydens kraam, naamlik:

- 'n verkorte tweede stadium;
- vermindering van geassisteerde verlossings, episiotomies en pyn en
- verminderde abnormale fetale hartritmes.

Daar is egter 'n verhoogde insidensie van postpartumbloeding en perineale edeem indien die moeder in 'n regop posisie verpleeg word.

Stamp (1997:101) maak melding dat daar reeds dertien *Cochrane Centres* die afgelope paar jaar wêreldwyd gestig is met die doel om 'n sistematiese oorsig van navorsingsprojekte te doen om gesondheidswerkers by te staan om die mees effektiefste praktyke en behandeling te identifiseer.

Die navorser is egter van mening dat die pasiënt toegelaat behoort te word om ingeligte keuses te maak betreffende die posisie tydens die tweede stadium van kraam totdat voldoende navorsing gedoen is

betreffende die voordele en risiko's van die verskillende posisies tydens kraam. Die ervare vroedvrou behoort babas in die verskillende posisies te kan verlos. Die pasiënt moet dus gehelp word met die besluit om die posisie te gebruik wat gemaklik is vir haar en afbeurpogings sal bevorder, maar wat ook vir die vroedvrou gemaklik is.

Volgens Myrfield *et al.* (1997:197) word episiotomies, wat die primêre tegniek was in die voorkoming van perineale skeure die afgelope dekades, nou bevraagteken. Huidige literatuur fokus op die effektiwiteit van alternatiewe tegnieke om perineale skeure te voorkom, naamlik:

- ❑ ondersteuning van die perineum;
- ❑ verhoogde fleksie van die fetale skedel;
- ❑ perineale massering en
- ❑ beheerde, stadige verlossing van die skedel.

Betreffende die **ondersteuning van die perineum** met die doel om perineale skeure te voorkom, is Sellers (1993:491) van mening dat die vroedvrou die perineum so min as moontlik moet aanraak en dat manuele ondersteuning juis sal veroorsaak dat die reeds verdunde perineum sal skeur. Volgens hierdie outeur is die doel van die hand oor die anus slegs om kontaminasie met faeces te voorkom.

Nolte (1998:195) ondersteun hierdie siening. Volgens hierdie outeur moet die perineum nie bedek word in 'n poging om die perineum te ondersteun nie, maar sigbaar wees om sodoende die perineum deeglik te kan observeer vir tekens indien die perineum sou skeur.

Volgens Theron (1998, eenheid 9:4) is dit egter belangrik om die perineum te ondersteun om:

- fleksie van die fetale skedel te verhoog deur drukking direk bokant die anus toe te pas sodat die kleinste bipariëtale en suboksipito-bregmatiese afmeting van 9,5 cm elk deur die vaginale introïtus sal beweeg en
- weerstand op die perineum te verminder ten einde perineale skeure te voorkom.

Die navorser ondersteun hierdie siening en het deur eie praktykervaring gevind dat, indien die perineum ondersteun word met die V-struktuur (gevorm tussen die oopgestrekte duim en die wysvinger), direk passend op dieselfde V-figuur van die fourchette en met kroning van die fetale skedel 'n afwaartse drukking op die perineum toepas, hy/sy in werklikheid vermeerderde fleksie van die skedel bevorder sodat die kleinste bi-pariëtale afmeting van 9,5 cm deur die introïtus beweeg. Die moeder word versoek om nie af te beur nie en die skedel word slegs met behulp van die uteriene kontraksies gebore. Dit blyk dat die perineum nie geneig is om meer skade as 'n eerstegraadse perineale skeur tot gevolg te hê nie. Hierdie tegniek is veral van waarde by primigravidas waar tweedegraadse skeure makliker voorkom.

Soos genoem is die ideaal dat die kleinste afmeting van die voorliggende deel, in hierdie geval die vertex, eerste deur die vaginale introïtus beweeg om perineale skeure te voorkom. Myrfield *et al.* (1997:197) verwys na twee tegnieke wat gebruik word om perineale trauma te voorkom wat in werklikheid meganies teenoorgesteld tot mekaar is.

Die 'fleksie-tegniek', soos reeds bespreek, behels volgehoue fleksie van die fetale skedel tydens die geboorte, terwyl die 'Ritgen manoeuvre' vroeë ekstensie van die fetale skedel toelaat tydens die geboorte.

Om die 90°-kurwe van die geboortekanaal by die ischiale spinas te akkommodeer, moet die houding van die fetale skedel van fleksie (Figuur

2.4a) verander na dié van ekstensie net voor die geboorte van die fetale skedel. Die aanwending van drukking op die voorliggende deel op hierdie tydstip om verhoogde fleksie te veroorsaak, forseer in werklikheid die fetale skedel afwaarts na die reeds gerekte perineum en vertraag sodoende die verlossing van die koppie (Figuur 2.4b) en kan onnodige perineale skeure veroorsaak.

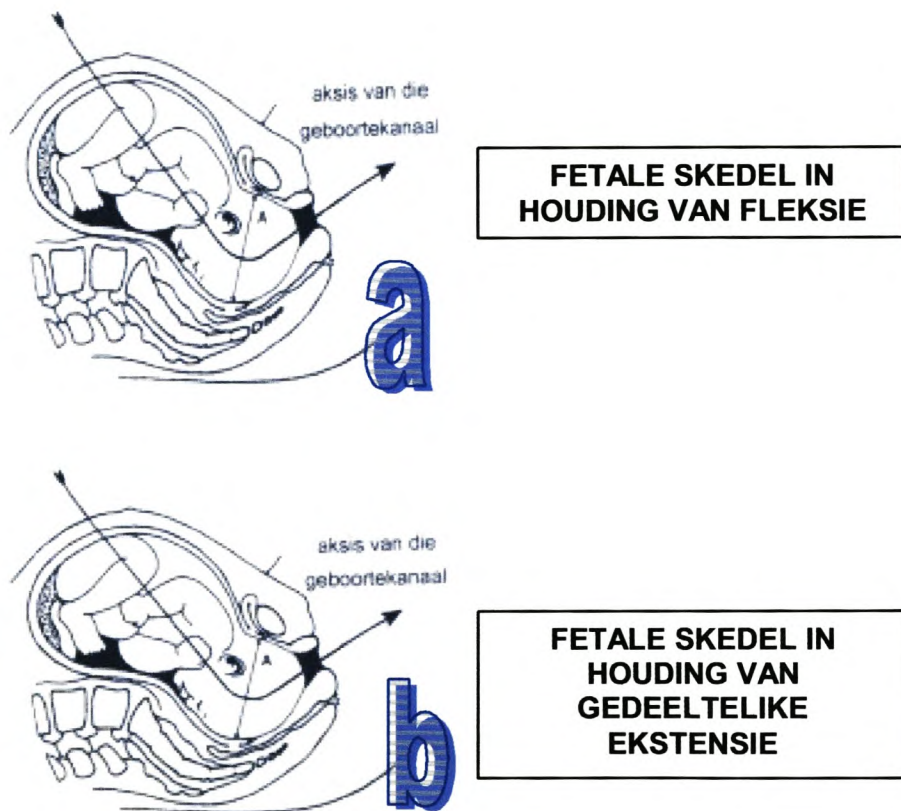
Hierdie tegniek sou van meer waarde wees indien die geboortekanaal reguit was (Myrfield et al,1997:197). Sommige vroedvroue kan egter redeneer dat hierdie vertraging in die geboorte van die koppie, veroorsaak dat die perineum toegelaat word om stadig en geleidelik te strek en dus die risiko van perineale skeure eerder voorkom.

Die Ritgen-manoeuvre, ontwikkel deur Ritgen in 1855, laat natuurlike vroeë ekstensie van die fetale skedel toe net voor geboorte, soos gedemonstreer in Figuur 2.5, maar die fetale skedel word deur hierdie metode in werklikheid geforseer om méér te ekstenseer as wat sonder inmenging sou plaasvind. Indien hierdie metode deur 'n onkundige toegepas word, bestaan die gevaar dat die baba se nek te veel geëkstenseer word, met die gevolg dat die groter oksipito-frontale afmeting van 11,5 cm die presenterende deel word en eerste deur die introïtus beweeg met die verhoogde moontlikheid van perineale skeure (Myrfield et al,1997:197).

Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat die normale houding van die skedel net voor en tydens die geboorte daarvan, nie onnodig verander moet word nie. Beide metodes verhoog die risiko vir perineale skeure. Die fetale skedel moet toegelaat word om die normale 90°-kurwe van die geboortekanaal te volg sonder inmenging, aangesien 'n foutiewe tydsberekening erge perineale skeure tot gevolg kan hê.

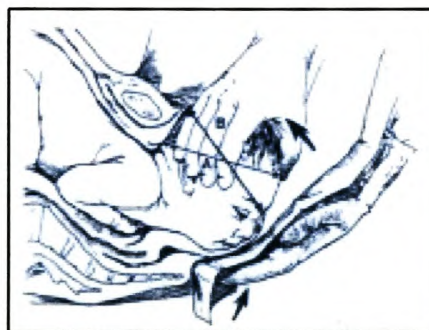
FIGUUR 2.4

**Verandering van houding van fetale skedel gedurende
geboorteproses**



FIGUUR 2.5

Die Ritgen maneuvre



**Geboorte van die skedel by die
vaginale introïtus**

Die navorser beklemtoon hiermee die belang daarvan dat die verpleegkundige oor 'n deeglike kennis van die meganisme van kraam moet beskik om presies te weet wat die implikasies van sy/haar tussentredes is. Goeie verloskundige sorg is daarop gemik om die geboorteproses te vergemaklik en nie te kompliseer nie.

Dit kom voor dat baie vroedvroue as studente geleer word om die perineum te ondersteun én terselfdertyd fleksie van die fetale skedel te verhoog tydens die geboorte. Ander is weer van mening dat 'n 'hands off'-benadering dieselfde voordelige effek het. 'n Uitgebreide studie word tans in Brittanje gedoen om die effektiwiteit van dié twee tegnieke met mekaar te vergelyk (Stamp,1997:101).

Perineale massering kom redelik algemeen in die praktyk voor. Dit behels dat die vroedvrou twee vingers in die pasiënt se vaginale introïtus plaas en met behulp van antiseptiese smeermiddels, heen-en-weer vee-bewegings uitvoer om die perineum te masseer en sodoende die perineum geleidelik gedurende 'n kontraksie te rek (Stamp,1997:101). Die doel is dus hoofsaaklik om die perineum geleidelik te rek ten einde perineale skeure te voorkom, maar ook om vas te stel tot watter mate die perineum rekbaar is om die fetale skedel te akkommodeer.

Vanuit 'n vroedvrou se oogpunt is hierdie prosedure "distasteful, 'intrusive and embarrassing" en geen bewyse bestaan dat hierdie metode wel effektief is om die perineum te help strek en/of perineale skeure te voorkom nie (Stamp,1997:101).

Sellers (1993:541) is egter van mening dat stadige kroning van die skedel verseker moet word sodat die perineum geleidelik kan rek om die voorliggende deel te akkommodeer. Die navorser ondersteun laasgenoemde siening, aangesien laserasies van die vaginale mukosa

en sub-mukosa juis deur ongekontroleerde rekking van die perineum veroorsaak kan word.

Elke opleidingskool het sy eie voorkeur om studente te leer om 'n baba te verlos. Daar is egter basiese beginsels wat nie varieer nie. Hierdie beginsels is veral gerig op 'n **beheerde verlossing** van die fetale skedel, skouers en lyfie met die doel om perineale trauma te voorkom, of te minimaliseer. Vir die doel van hierdie studie word die meganisme van kraam vir 'n normale vertekspresentasie, soos beskryf deur Sellers (1993:491), uiteengesit:

- Die vroedvrou mag nie onnodig met die normale vordering van die kraamproses inmeng nie, maar hy/sy moet geduldig wag en die vordering monitor totdat die skedel in die vaginale introïtus verskyn.
- Die vroedvrou verseker maksimale fleksie van die fetale skedel deur matige, maar ferm toepassing van drukking op die fetale skedel net bokant die anus sodat die kleinste dwarsafmeting - die bipariëtale afmeting van 9,5 cm - eerste deur die introïtus kan glip. Volgens Slabber *et al.* (1981:117) beskerm hierdie tegniek die perineum teen ongekontroleerde skeure.
 - Met kroning van die skedel moet die vroedvrou die skedel met haar een hand ondersteun en die bipariëtale afmeting met behulp van sy/haar vingers deur middel van 'n beweging van ekstensie uitlig.
 - Die ander hand oefen drukking op die perineum uit en die moeder word gevra om nie af te beur nie, maar '.....to breathe the head out.....' om sodoende te voorkom dat die skedel te vinnig gebore word en erge perineale skeure veroorsaak.
 - Die vroedvrou mag glad nie inmeng met die normale verdere verloop betreffende die meganisme van kraam nie. Hy/sy wag

vir restitusie van die skedel, asook 'n volgende kontraksie wat die skouers in die antero-posterior afmeting forseer.

- Die skouers word in die antero-posterior (AP) afmeting verlos en nie in 'n skuinsafmeting nie. Verlossing van die skouers in die skuinsafmeting kan tot perineale skeure lei aangesien die AP-afmeting van die bekkenuitgang die grootste is om sodoende die grootste afmeting van die baba, naamlik die skouers, te kan akkommodeer. Die vroedvrou moet sorg dra dat beide skouers nie gelyk uit die introïtus geforseer word nie, aangesien erge perineale skeure veroorsaak kan word. Die anterior skouer word eerste verlos.

Om die verlossing van die anterior skouer aan te bring, word die koppie tussen die vroedvrou se vingers van beide hande vasgevat en die anterior skouer word met 'n afwaartse beweging verlos van onder die simfese pubis. Die koppie word dan met 'n opwaartse beweging gelig om sodoende die posterior skouer oor die perineum te verlos.

Die geboorte van die baba se lyfie vind plaas deur middel van laterale fleksie tot op die moeder se abdomen. Sodoende word die kurwe van die geboortekanaal gevolg en die liggaampie word met so min as moontlik weerstand verlos om dus perineale skeure te voorkom (Theron, 1998, eenheid 9:5). Die lyfie en beentjies moet stadig verlos word om perineale skeure te voorkom.

In geval van **perineale edeem**, te wyte aan voertydige en langdurige afbeurpogings, of algemene edeem in geval van pre-eklampsie, is die rekvermoë van die perineum erg ingekort en kan erge perineale skeure dus voorkom. Die vroedvrou behoort in hierdie geval eerder 'n episiotomie te knip om sodoende perineale skeure te voorkom.

Hemorroïde is spatare van die laer rektum en anus. Dié wat gedurende swangerskap ontwikkel, is gewoonlik asimptomaties. Eksterne hemorroïde kan egter ernstige bloedverlies tot gevolg hê ingeval van erge perineale skeure. 'n Medio-laterale of J-vormige episiotomie behoort vroegtydig geknip te word as daar enigsins twyfel bestaan of die pasiënt sal skeur gedurende die geboorteproses.

Epidurale verdowing word as 'n reël geassosieer met instrumentele verlossings, aangesien die afbeurvermoë van die moeder ingekort is te wyte aan sensasie-verlies (Nolte,1998:176). Instrumentele verlossings het 'n hoë insidensie van erge perineale trauma, hetsy deur middel van 'n episiotomie, of gepaardgaande perineale skeure.

In geval van **fetale nood** moet die fetus so spoedig moontlik verlos word. Tydens die eerste stadium is 'n noodkeisersnit aangedui, maar tydens die tweede stadium word gewoonlik 'n **geassisteerde verlossing** deur middel van 'n suier- of tangverlossing gedoen gepaardgaande met dikwels 'n groot episiotomie en/of perineale skeure (Bennet *et al.*,1999:423). Volgens hierdie outeurs is daar tans beduidende bewys dat 'n *Ventouse*-suierverlossing minder trauma aan die moederlike weefsel en baba veroorsaak as 'n tangverlossing (Bennet *et al.*, 1999:602).

Ook de Leeuw *et al.* (2001:387) ondersteun hierdie siening. Hierdie navorsers het met hul studie bevind dat alle tipes geassisteerde verlossings met derdegraadse skeure geassosieer word. Die grootste risiko vir skeure word met 'n tangverlossing verbind. Hulle beveel aan dat indien 'n geassisteerde verlossing aangedui is, daar eerder van 'n suierapparaat gebruik gemaak moet word.

Sultan *et al.* (2000:101) maak melding van 'n *Cochrane* oorsig wat tien studies bestudeer het en bevind het dat suierverlossings wel minder moederlike trauma, veral van die anale sfinkter, veroorsaak, maar 'n

verhoogde insidensie van neonatale sefalohematome en retinale bloeding tot gevolg het.

Moederlike samewerking is uiters belangrik in die voorkoming, of minimalisering van perineale skeure. 'n Verlossing kan goed beheer word deur 'n ervare vroedvrou, maar indien die moeder teen die bevel van die vroedvrou optree en nie haar samewerking gee betreffende afbeur tydens die geboorte nie, kan dit erge perineale skeure tot gevolg hê.

2.5.2.4 Neonatale faktore

Die normale, gemiddelde **geboortemassa** van 'n voltydse baba wissel tussen 2,7 tot 3,8 kg. 'n Pasgebore baba word gereken as groot vir sy gestasionele ouderdom indien die geboortemassa bokant die negentigste persentiel volgens sy bepaalde gestasie-tydperk is. Dit word dikwels met diabetes mellitus in die moeder geassosieer (Sellers,1993:743).

Die normale **kop-omtrek** van 'n voltydse baba wissel tussen 33 en 37 cm (Sellers,1993:720). Enige toestand wat met 'n groter kop-omtrek geassosieer word, byvoorbeeld 'n groot-vir-gestasie baba, postmaturiteit of hidrocefalie, kan erge perineale skeure tot gevolg hê.

Dit blyk dat groot babas direk met perineale trauma verband hou. 'n Primigravida veral, het dus 'n verhoogde risiko om perineale skeure op te doen indien sy geboorte aan 'n groot baba sou skenk. Hierdie stelling word deur Bodner *et al.* (2001: 743-6) ondersteun, naamlik dat 'n primigravida vrou wat geboorte aan 'n groot baba gee, 'n groter kans het om ernstige perineale skeure op te doen as ander vroue.

2.5.3 Tekens dat 'n perineale skeur onvermydelik is

Inaggenome dat perineale skeure deur verskeie faktore veroorsaak kan word, beskryf Sellers (1993:540) spesifieke tekens wat aandui dat dit onvermydelik is dat die perineum gaan skeur. Die vroedvrou moet hierdie tekens evalueer en besluit of 'n episiotomie wel aangedui is.

Die ideaal is dat die pasiënt geen perineale trauma moet opdoen tydens die geboorte van haar baba nie. Indien 'n eerstegraadse skeur sou voorkom en 'n episiotomie is geknip, het die vroedvrou in werklikheid erger perineale trauma veroorsaak. Indien 'n episiotomie egter nie geknip is nie en die pasiënt het 'n derdegraadse skeur of ander perineale skade, het die vroedvrou ook bygedra tot erge perineale trauma vir die pasiënt. Die doel is dus om slegs 'n episiotomie te knip indien gekompliseerde tweede- of derdegraadse skeure, of erger perineale trauma voorspel word.

Die besluit of 'n episiotomie geknip moet word of nie, is dus 'n belangrike besluit in die voorkoming van perineale trauma. Elke pasiënt moet egter individueel geëvalueer word. In die praktyk is daar ook nie onwrikbare riglyne wanneer 'n episiotomie wel geknip moet word nie.

Die vroedvrou behoort die betrokke risikofaktore in ag te neem en die volgende tekens, dat dit onvermydelik is dat die perineum gaan skeur, behoort as riglyn gebruik te word in sy/haar besluit:

- Die vel van die perineum is dun, blink en bleek, veral in die mid-lyn.
- Helder bloed sypel uit by die introïtus wanneer die fetale skedel druk teen die perineum.
- Die fourchette begin lasereer vóór kroning van die skedel (Sellers, 1993:540).

- ❑ Nolte (1998:195) noem ook 'n baie rare teken, naamlik die 'button-hole tear', waar die skeur in die middel van die perineum begin.

2.6 Episiotomies

Alhoewel die term 'episiotomie' algemeen in die praktyk gebruik word wanneer verwys word na 'n insnyding in die perineum, onderskei Sellers (1993:547) egter tussen 'n episiotomie, wat verwys na 'n insnyding in enige deel van die eksterne genitalieë, en 'n perineotomie, wat verwys na die insnyding van spesifiek die perineum. Carroli *et al.* (Cochrane Library, 2002: Issue 1) se definisie word egter algemeen aanvaar: "*Episiotomy is the surgical enlargement of the vaginal orifice by an incision of the perineum during the last part of the second stage of delivery*".'

2.6.1 Geskiedenis van 'n episiotomie

Episiotomies is vir die eerste keer in Europa gedurende die agtiende eeu ontwikkel. Die eerste insnydings was mid-lyn episiotomies. Die gebruik van episiotomies het so populêr geword dat outoriteite roetine episiotomies vir alle primigravidas aanbeveel het. Hierdie opinie bestaan vandag nog by sommige verloskundiges.

Die noodsaaklikheid vir roetine-episiotomies is sedertdien bevraagteken en onlangse studies toon dat heelwat episiotomies onnodig gedoen word (Sellers, 1993:547).

2.6.2 Tipes episiotomies

Bennet *et al.* (1999:459) noem twee hoof-denkrigtings wat die tipe episiotomie wat uitgevoer word betref:

- ❑ Medio-lateraal: Hierdie tipe episiotomie word as die mees effektiewe episiotomie beskou en word ook die algemeenste in Suid-Afrika en Brittanje gebruik. Die insnyding is vanaf die middelpunt van die

fourchette, 45° na links of regs vanaf die mid-lyn en ongeveer twee cm vanaf die anus. Hierdie tipe insnyding voorkom beserings van die anale sfinkter, maar is moeiliker om te heg. Theron (1998, eenheid 9: 5) ondersteun laasgenoemde siening.

- Mediaal of mid-lyn: Hierdie insnyding volg die natuurlike lyn van die inplanting van die perineale spiere. Dit het 'n kleiner bloedverlies tot gevolg omdat dit nie deur die spier self strek nie. Volgens Nolte (1998:192) is dit ook makliker om te heg, genesing vind relatief vinniger plaas en postoperatiewe pyn is minder as met 'n medio-laterale insnyding. 'n Hoër insidensie van besering van die anale sfinkter kom egter voor. Hierdie tipe episiotomie geniet voorkeur in die VSA (Bennet *et al.*, 1999:459), maar nie in Suid-Afrika nie. Bodner-Adler *et al.* (2001) het die risikofaktore vir derdegraadse skeure ondersoek en gevind dat daar 'n sesvoudige risiko vir derdegraadse skeure bestaan indien 'n mid-lyn episiotomie uitgevoer word.

In die mees onlangse *Cochrane* oorsig maak Carroli *et al.* (*Cochrane Library*, 2002: Issue 1) melding daarvan dat verdere navorsing betreffende mid-lyn en mediolaterale episiotomies noodsaaklik is, aangesien daar nog nie bevredigende bewyse is watter tipe episiotomie die voordeligste is nie.

Die meeste literatuur verwys ook na die volgende twee tipes episiotomies:

- J-vormige episiotomies wat volgens Sellers (1993:549) 'out-dated' is, maar huidige navorsing toon nuwe belangstelling in hierdie tipe insnyding om perineale skeure te voorkom.
- Laterale insnydings: Hierdie insnyding behoort nie gebruik te word nie, aangesien dit in werklikheid nie die introïtus vergroot nie en die

gevaar bestaan dat belangrike strukture, soos groot bloedvate en die Bartholinklier, beskadig kan raak (Nolte, 1998: 192). Die navorser maak egter melding van dié tipe insnyding sodat die vroedvrou daarteen kan waak om nie 'n beplande medio-laterale episiotomie oormatig lateraal te knip en genoemde strukture te beskadig nie.

2.6.3 Indikasies vir 'n episiotomie

Ten spyte van die feit dat die mediese waarde van 'n episiotomie in die mediese literatuur gedebatteer word, is episiotomies nog steeds 'n algemene prosedure.

Carroli *et al.* (Cochrane library, 2002: Issue 1) maak melding van die twee hoofsiënings oor episiotomies soos genoem in Hoofstuk 1, naamlik 'n 'beperkte' episiotomie- en 'n 'roetine episiotomie-beleid'. Hierdie outeurs het tot die gevolgtrekking gekom dat 'n 'beperkte' episiotomie-beleid meer voordelig vir die pasiënt is as 'n 'roetine' episiotomie-beleid omdat dit:

- ❑ minder posterior perineale trauma en dus onnodige hegting uitskakel en
- ❑ die voorkoms van komplikasies verminder, alhoewel daar 'n verhoogde risiko vir anterior perineale trauma is.

Met verwysing na die risikofaktore wat aanleiding kan gee tot perineale skeure, kan die indikasies ook ingedeel word in die volgende moederlike, fetale en/of perineale indikasies:

- ❑ Moederlike indikasies sluit in:
 - moederlike uitputting;
 - swak moederlike samewerking;

- hipertensiewe toestande;
 - diabetes mellitus en
 - 'n verlengde tweede stadium van kraam (Theron 1998, eenheid 9:5).
- Fetale indikasies sluit in:
- prematuriteit;
 - meervoudige swangerskap;
 - fetale nood en
 - abnormale presentasies en posisies (Nolte,1998:190).
- Perineale indikasies sluit in:
- 'n Stywe, rigiede perineum. Theron (1998, eenheid 9: 5) voeg hierby dat 'n vorige derdegraadse skeur, of 'n rektoseel wat chirurgies herstel is ook aanleiding tot derdegraadse skeure kan gee.

Die indikasies in die literatuur is baie verwarrend. Hierdie stelling word ook deur Williams *et al.* (Cochrane library, 2000: Issue 1) beklemtoon en hulle beveel aan dat eenstemmigheid verkry moet word oor die indikasies vir episiotomies. Hierdie aspek behoort ook binne die Suid-Afrikaanse konteks dringend aandag te geniet. Ná bestudering van die literatuur het die navorser tot die gevolgtrekking gekom dat die indikasies vir die knip van 'n episiotomie dus geklassifiseer kan word volgens die obstetriesse, moederlike, fetale en perineale risikofaktore.

Theron (1998, eenheid 9: 5) beklemtoon dat 'n episiotomie nie roetneweg geknip moet word nie, maar slegs indien 'n duidelike indikase bestaan. Hierdie outeur dui aan dat 'n tweedegraadse skeur

verkieslik is bo 'n episiotomie, aangesien dit vinniger genees en dit minder komplikasies inhou as wanneer 'n episiotomie geknip word. Hierdie siening word deur Sultan *et al.* (2002:101) ondersteun wat ook gevind het dat 'n medio-laterale episiotomie dikwels met swak genesing, 'n verlengde genesingstydperk en erger pyn geassosieer word. Hierdie outeurs is van mening dat '..... the most common cause of perineal damage is an episiotomy.....'.

In die praktyk is daar egter heelwat verpleegkundiges wat nie met hierdie siening saamstem nie. Die navorser is van mening dat hierdie siening van die genoemde outeurs geldig is indien 'n tweedegraadse skeur minder weefselskade insluit as 'n episiotomie geknip sou word. Indien die skeur egter gekompliseerd is en uitbrei na 'n meer ernstige skeur of grens aan 'n derdegraadse skeur, twyfel die navorser of hierdie siening nog van toepassing is. Die navorser is verder van mening dat dit moeiliker is om 'n tweedegraadse skeur te heg as 'n episiotomie, veral as die skeur gekompliseerd is. Die gevaar bestaan dat 'dooie spasies' onbewustelik nie geheg word nie en dit kan 'n verlengde genesingstydperk en littekenformasie veroorsaak wat weer bydra tot meer ongemak vir die pasiënt.

Soos genoem, kan 'n pasiënt anterior, sowel as posterior skeure opdoen tydens die geboorte van 'n baba. Die *Cochrane Database System Review* het bevind dat daar meer voordele, naamlik 'n laer insidensie van posterior perineale skeure is indien episiotomies slegs gedoen word waar daar 'n definitiewe indikasie bestaan. Daar is egter 'n verhoogde risiko vir anterior perineale trauma by pasiënte waar 'n episiotomie nie geknip is nie (Carroli *et al*, in *Cochrane library*, 2000: Issue 1).

2.6.4 Voordele van 'n episiotomie

Ten spyte van die kontroversie oor die knip van episiotomies, is Sellers (1993:549) van mening dat daar in sekere omstandighede definitief

voordele aan die knip van 'n episiotomie verbonde is, naamlik die volgende:

- ❑ In geval van moederlike en/of fetale nood kan die lengte van die tweede stadium drasties verkort word.
- ❑ Derdegraadse skeure kan voorkom word in geval van vorige perineale trauma.
- ❑ Addisionele spasie word voorsien vir manipulasie en/of suier- of tangverlossings.
- ❑ Moederlike afbeurpogings en inspanning word drasties verminder in geval van hipertensie en ander kardiologiese of respiratoriese siektes.
- ❑ Die uretra en klitoris word teen onnodige beserings beskerm in geval van moeilike verlossings.
- ❑ Fetale asfiksie, kraniale trauma en bloeding, asook skouerdistosie kan voorkom word.
- ❑ Minder skade word berokken aan die tonus van die bekkenvloer met gevolglike verbeterde seksuele funksie.

Weens die reguit, skoon insnyding is dit makliker om 'n episiotomie te heg en genees die wond ook beter as wat 'n laserasie genees. In die literatuur is daar egter kontroversie betreffende hierdie stelling en verdere navorsing is noodsaaklik.

Wanneer 'n episiotomie wel aangedui is, moet die vroedvrou egter die nadele betreffende die knip van 'n episiotomie, soos bespreek onder 2.10, in gedagte hou.

2.7 Infiltrasietegniek

Die perineum moet doeltreffend verdoof word as lokale verdowing gebruik word. Toksiese reaksies kan voorkom indien 'n pasiënt meer as 200 mg Lignocaine® oplossing ontvang. Hierdie dosis is ekwivalent aan 20 ml van 'n 1% Lignocaine® oplossing. Dit duur ongeveer drie tot vier minute voordat dit effektief is (Bennet *et al.*, 1999:551).

2.7.1 *Infiltrasietegniek vir knip van episiotomie*

In die praktyk bestaan die persepsie dat 'n episiotomie sonder enige lokale verdowing geknip kan word aangesien die perineum reeds verdoof is omdat die voorliggende deel optimale drukking op die reeds verdunde perineum uitoefen. Daar is egter verpleegkundiges wat dit as barbaars beskou in moderne verloskunde. Bennet *et al.* (1999:460) ondersteun laasgenoemde stelling en is van mening dat dit beter is om te infiltreer en nie 'n episiotomie te knip nie, as om 'n insnyding te maak sonder dat lokale verdowing toegedien is.

Sellers (1993:552) beveel aan dat die perineum as volg geïnfiltreer word voordat 'n episiotomie geknip word:

- Infiltrasie word tussen kontraksies gedoen.
- Die indeks- en middelvinger word in die vagina tussen die voorliggende deel van die fetus en perineum geplaas. Die perineum word weg van die voorliggende deel getrek om infiltrasie van die voorliggende deel te voorkom.
- Die naald word op die rand van die middelpunt van die fourchette ingeplaas. Dit is belangrik dat getoets moet word dat die naald nie in 'n bloedvat is nie, aangesien dit 'n anafilaktiese reaksie kan veroorsaak.
- 'n Klein hoeveelheid lokale verdowing moet in die rand van die fourchette ingespuut word sodat dit as 'n riglyn kan dien waar die episiotomie begin knip moet word.
- Die naald word ongeveer 3 cm verder in die perineum in 'n mediolaterale rigting, ongeveer 2,5 cm vanaf die anale sfinkter, ingestee. Daar word weer getoets dat die naald nie in 'n bloedvat is nie en 3 ml Lignocaine® word in die perineum ingespuut terwyl die naald tot by die fourchette teruggetrek word.
- Sonder om die naald te verwyder word die perineum aan beide kante van die punt van die oorspronklike infiltrasie in 'n waaivormige struktuur verdoof.
- Indien moontlik, moet ongeveer twee tot drie kontraksies toegelaat word tussen die tydstip van infiltrasie en die insnyding om voldoende tyd toe te laat vir die verdowing om effektief te wees.

- 'n Maksimum van 10 ml Lignocaine® kan gebruik word vir infiltrasie voordat die episiotomie geknip word. Die ander 10 ml Lignocaine® word tydens die hegting van die episiotomie gebruik.

2.7.2 Infiltrasietegniek vir hegting van 'n eerstegraadse skeur

In die praktyk bestaan die persepsie dat 'n eerstegraadse skeur, wat slegs een of twee steke benodig, nie met lokale verdowing geïnfiltreer hoef te word indien die wond direk ná die bevalling geheg word nie, aangesien die perineum nog verdoof is as gevolg van die drukking van die voorliggende deel tydens die verlossing. Verder is die inplaaas van een of twee steke ekwivalent aan die ongemak wanneer geïnfiltreer word, aangesien die perineum in beide gevalle dieselfde hoeveelheid kere met 'n naald gepenetreer word.

Sellers (1993:543) beveel egter aan dat die perineum wel as volg geïnfiltreer word voor die hegting van 'n eerstegraadse skeur:

- Die naald word ongeveer 1 cm subkutaan langs beide wondrande van die vel ingesteek totdat die naaldpunt die fourchette bereik.
- Daar word getoets dat die naald nie in 'n bloedvat is nie.
- Lokale verdowing word stadig ingespuut terwyl die naald teruggetrek word.
- Die vaginale mukosa en sub-mukosa kan op dieselfde wyse geïnfiltreer word, beginnende by die fourchette.

2.7.3 Infiltrasietegniek vir die hegting van 'n tweedegraadse skeur, of episiotomie wat nie vooraf geïnfiltreer is nie

Die perineum en vaginale mukosa en sub-mukosa word as volg geïnfiltreer voor die hegting van 'n tweedegraadse skeur, of 'n episiotomie wat geknip is sonder vooraf verdowing:

- ❑ Die naald word loodreg in die perineum by die fourchette tot ongeveer halfpad in die wond ingeplaas.
- ❑ Die naald moet in die rigting van die vaginale kanaal ingeplaas word. Nadat getoets is dat die naald nie in 'n bloedvat is nie, moet die lokale verdowing stadig ingespuut word terwyl die naald uitgetrek word.
- ❑ Die naald word in die rigting van die anale rand van die wond ingeplaas en verdoof soos genoem.
- ❑ Die dieper strukture word eerste geïnfiltreer en daarna word die oppervlakkige wondrande geïnfiltreer.
- ❑ Die prosedure word aan die ander kant van die wond herhaal (Sellers,1993:543).

2.8 Die knip van 'n episiotomie

Die persepsie bestaan in die praktyk dat vroedvroue nie graag 'n episiotomie knip nie met die gevolg dat pasiënte onnodig erge perineale skeure opdoen wat andersins verhoed kon word. Gerrits *et al.* (1994:103-6) meld dat in 'n ondersoek na die verband tussen professionele status en of episiotomies geknip word, gevind is dat die spesialis-in-opleiding en ginekoloë in Nederland onderskeidelik 2,5 en 3,4 keer meer geneig is as vroedvroue om 'n episiotomie uit te voer om sodoende perineale skeure te voorkom.

Henriksen *et al.* (1994:1248) het egter reeds in 1994 deur middel van 'n uitgebreide studie gevind dat die algemene insidensiesyfers van episiotomies van meer as 30% te hoog was en dat die houding teenoor episiotomies betreffende die indikasies geherevalueer behoort te word.

Hierdie outeurs het aanbeveel dat die insidensie van episiotomies verminder moet word na ongeveer 30%.

Sedertdien het die *Argentine Episiotomy Trial Colaborative Group* bekend gemaak dat die insidensie van episiotomies nie hoër as 30% behoort te wees nie (Stamp, 1997:101). Williams *et al.* (Cochrane library, 2000: Issue 1) noem ook dat die insidensiesyfer van episiotomie-tendens in die Indiese subkontinent baie hoog is in vergelyking met ander lande en dat klarifikasie en verduideliking betreffende die redes daarvoor nodig is. Hierdie siening word deur Sultan *et al.* (2002:100) ondersteun wat gevind het dat daar wêreldwyd 'n variasie in die insidensiesyfers van episiotomies is wat wissel van ongeveer 30% in Europa tot amper 100% in Argentinië. Hierdie outeurs beveel aan dat die episiotomie-tendens tussen 20% en 30% behoort te wees, maar beklemtoon dat die verskillende insidensie vir primigravidas versus multigravidas nog nie voldoende nagevors is nie. Hulle het ook in hul studie gevind dat daar 'n verhoogde voorkoms van perineale skeure was indien vroedvroue die aantal episiotomies verminder het tot minder as 20%.

Die optimale tyd vir die knip van 'n episiotomie word deur Sellers (1993:555) aangedui as volg:

- Gedurende die piek van 'n kontrakasie wanneer die perineum optimaal gestrek, dun en bultend is en die fourchette reeds laserasies begin toon tydens kroning van die skedel.
- Ander tekens teenwoordig is dat dit onvermydelik is dat die perineum gaan skeur.

2.9 Hegting van perineale wonde

Bennet *et al.* (1999:460) is van mening dat die beste tyd om perineale wonde te heg, direk ná die verlossing is voordat edeem vorm. Hierdie

siening word ondersteun deur Sultan *et al.* (2002:105) wat noem dat dit meer bedagsaam teenoor die moeder is om die perineale wond so gou moontlik te heg en dat dit die risiko van bloeding, infeksie en die nodigheid vir die toediening van verdere verdowing ook drasties verminder.

Draper *et al.* (1996:144) noem dat die persoon wat die verlossing hanteer het, ook die ideale persoon is om die perineale wond te heg. Die vertroue en ondersteuning wat die pasiënt ontvang het gedurende die geboorte sal bydra dat die hegting ook minder traumaties ervaar sal word. Uit hul navorsing blyk dit dat vroue verkies dat 'n vroedvrou, en nie 'n geneesheer nie, die hegting doen.

Die voorvereistes en basiese beginsels vir die hegting van perineale wonde behels die volgende:

- ❑ Posisionering van die pasiënt in die litotomie-posisie.
- ❑ Voldoende lokale verdowing soos reeds bespreek.
- ❑ Aseptiese tegniek met steriele instrumente en voorraad moet gehandhaaf word.
- ❑ Bloeding vanuit die uterus en die wond sêlf moet beheer word.
- ❑ Die persoon wat die hegting doen moet oor die nodige kennis en vaardigheid beskik oor:
 - die hegting van die onderskeie perineale wonde;
 - spasiëring van steke;
 - voorkoming van 'dooie spasies';
 - wondrande moet teen mekaar wees en

- anatomiese strukture moet korrek gepas word (Sellers,1993:542).

Volgens Bennet *et al.* (1999:462) is daar nog nie voldoende navorsing gedoen oor die effek van verskillende tegnieke en hegtingsmateriaal op die gemak van die moeder en moederlike mortaliteit nie. Volgens hierdie outeurs het navorsing reeds bewys dat pasiënte wat met oplosbare steke geheg is in die algemeen minder pyn ervaar het in die postpartum periode en dus minder analgetika benodig het as waar onoplosbare steke gebruik is.

Draper *et al.* (1996:140) het in hul literatuurstudie die hegtingsmateriaal en tegnieke wat algemeen gebruik word vir perineale hegtings beskryf en vergelyk. Hulle het gevind dat daar voldoende bewys is dat oplosbare steke minder korttermyn en langtermyn pyn en ongemak vir die pasiënt veroorsaak. Hulle het egter ook bevind dat van die twee hooftipes oplosbare materiaal, die chroomhegtingsmateriaal geneig is om verhoogde fibrose te veroorsaak. Dit is interessant om daarop te let dat sedert hul bevindings in 1996, chroomhegtingsmateriaal nog steeds algemeen gebruik word.

Hierdie outeurs maak ook melding dat daar min literatuur beskikbaar is betreffende die vaardighede van die persoon wat die perineale wond heg en reken dat die vaardigheid van die operateur direk verband hou met die simptome wat die pasiënt ervaar en belangriker is as die tegniek of hegtingsmateriaal wat gebruik word (Draper *et al.*,1996:144).

2.9.1 **Tegniek van hegting van eerstegraadse skeure**

Sellers (1993:544) beveel aan dat 'n eerstegraadse skeur as volg geheg word:

- slegs een of twee steke word meestal benodig en

- onderbroke steke moet verkieslik vir die perineale vel en/of die vaginale mukosa en sub-mukosa gebruik word.

2.9.2 **Tegniek van hegting van 'n tweedegraadse skeur en 'n episiotomie**

Sellers (1993:557) beveel aan dat 'n episiotomie as volg geheg word:

- Die apeks van die wond word met 'n onderbroke steek net bokant die hoogste punt van die insnyding of skeur van die wond geheg.
- Die dieper strukture in die vaginale kanaal word met 'n aantal onderbroke steke geheg.
- Die vaginale mukosa en sub-mukosa word met 'n ronde naald tot by die fourchette met aaneenlopende steke geheg. Die anatomiese herbelyning van die fourchette is uiters belangrik.
- Die bulbocavernosusspier van die perineum word met óf 'n syfer-agt kroonsteek, plus enkele onderbroke steke, óf 'n tweede syfer-agt, óf slegs gewone onderbroke steke geheg om sodoende dooie spasies te voorkom. Die aantal steke wat ingeplaas word hang af van die grootte van die wond.

Sellers (1993:558) se illustrasies betreffende die syfer-agt steek is egter onduidelik en die vraag ontstaan tot watter mate hierdie oorkruissteek uitgestrek kan wees om nie dooie spasies te veroorsaak waar bloed kan ophoop en sodoende genesing kan vertraag nie. Theron (1998, eenheid 9: 4) maak melding dat 'n aantal onderbroke steke gebruik kan word vir die hegting van die perineale spiere. Hierdie tegniek is duideliker en meer aanvaarbaar vir verpleegkundiges. Dit behels dat die perineale vel laastens met gewone onderbroke, matras, of aaneenlopende steke geheg word. Die eerste steek word in die fourchette geplaas om die anatomiese belyning akkuraat te herbelyn. Al die steke moet ongeveer 1 cm uitmekaar wees.

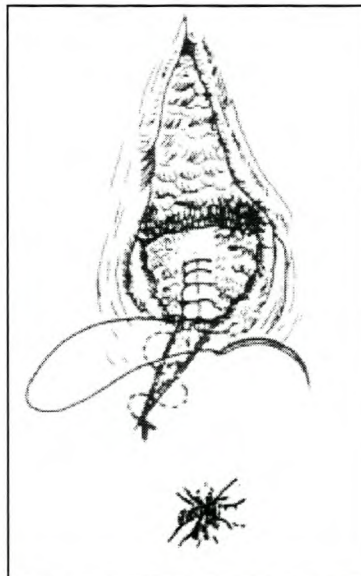
Soos gedemonstreer in Figuur 2.6, beveel Bennet *et al.* (1999:462) aan dat subkutikulere aaneenlopende steke gebruik moet word, aangesien navorsing toon dat hierdie tipe steek minder korttermynprobleme, naamlik pyn, irritasie en ongemak vir die pasiënt tot gevolg het.

Draper (1996:142) maak ook melding in hul literatuurstudie betreffende perineale hegtings dat subkutikulêre steke toenemend meer gewild word, maar maak nie melding of geneeshere of vroedvroue hierdie hegtingstegniek toenemend gebruik nie.

'n Plastiese chirurg se mening was egter dat subkutikulêre steke nie vir gebruik deur studentvroedvroue is nie, aangesien bloeding vanuit die wond nie kan ontsnap soos wanneer onderbroke steke ingeplaas word nie. Erge hematoomvorming kan ontstaan met inplasing van subkutikulêre steke omdat vroedvroue nie wonde ná 'n insnyding kouteteriseer nie (Smit, 2002).

FIGUUR 2.6

Subkutikilêre steek



Dieselfde beginsels geld vir die hegting van 'n tweedegraadse skeur as vir die hegting van 'n episiotomie. Enige addisionele laserasies moet ook geheg word. Alle hegtings deur studentvroedvroue moet onder direkte toesig van 'n geregistreerde vroedvrou plaasvind.

Draper *et al.* (1996:143) maak melding dat '.....the repair of the perineum following childbirth is one of the many examples of non-evidence-based practice.....' Die outeurs maak melding van 'n navorsingsprojek wat die effektiwiteit van hegting van perineale wonde versus geen hegting van perineale wonde met mekaar vergelyk waarvan die bevindinge nog gepubliseer moet word.

In 'n onlangse *Cochrane* oorsig wat '.....the need for suturing perineal trauma.....' huidige ondersoek, maak die outeurs melding dat '...a response from the reviewer will be published as soon as it is available.....' (Carroli *et al.*, 2002 *Cochrane* review).

2.9.3 Met voltooiing van hegting

Die volgende behoort altyd ná die hegting van 'n perineale wond gekontroleer te word (Sellers, 1993:545):

- Die stekelyn moet gekontroleer word vir enige bloeding of spasies wat nie geheg is nie.
- Belyning van die fourchette by die vaginale introïtus.
- Die fundus moet opgevryf word om maksimale saamtrekking te verseker om bloeding te voorkom.
- 'n Rektale ondersoek moet plaasvind om te verseker dat steke nie die rektum penetreer nie. Hierdie ondersoek is 'n verleentheid vir die vroedvrou, sowel as die pasiënt en moet beperk word tot hegtings van episiotomies en tweedegraadse skeure waar die moontlikheid van 'n steek deur die rektum bestaan.

- Daar moet gekontroleer word dat die moeder urine kan passeer.

2.10 **Nadele en/of komplikasies van perineale wonde**

Episiotomies is in die algemeen nie aanvaarbaar vir pasiënte nie. Net die gedagte aan 'n insnyding, sowel as die herstelperiode ná die geboorte word as onaangenaam ervaar. Indien vroue 'n keuse het, sal die meeste verkies om nie 'n episiotomie te kry nie.

Komplikasies van eerstegraadse skeure is nie algemeen nie. Sellers (1993: 539) maak melding van die volgende komplikasies en gevare wat meestal by tweedegraadse skeure en episiotomies voorkom.

- Bloeding kan ernstig wees in geval van tweede- en derdegraadse skeure, veral as die vulva en klitoris beseer is.
- Erge bloedverlies, as die episiotomie te vroeg geknip is.
- Vulvo-vaginale hematome as gevolg van gebrekkige hemostase, veral by die apeks van die episiotomie of skeur. Groot hematome kan egter voorkom sonder enige laserasies en kan te wyte wees aan risikofaktore soos tangverlossings, primigraviditeit, verlengde tweede stadium, makrosomie, hipertensiewe toestande en meervoudige swangerskappe (Sultan *et al.*, 2002:102).
- Die episiotomie kan verder skeur indien dit nie groot genoeg geknip is nie en/of die verlossing nie goed beheer was nie.
- Nolte (1998:196) maak melding dat tweedegraadse skeure moeiliker heg as 'n episiotomie. Die gevaar bestaan dus dat 'dooie spasies' makliker gelaat kan word deur die onervare vroedvrou, met 'n gevolglike hematoom en gepaardgaande infeksie en oormatige littekenweefsel. Theron (1998, eenheid 9: 10) verskil egter en sê dat episiotomies moeiliker heg, skynbaar omrede daar volledig deur al

die betrokke strukture geknip word, wat nie noodwendig die geval is by 'n tweedegraadse skeur nie.

- Die grootste gevaar gedurende die hegting van perineale wonde is toksiese reaksies indien 'n oormaat Lignocaine® aan die moeder toegedien word. Volgens Bennet *et al.* (1999:551) is die risiko vir toksiteit groot indien die dosis 200 mg, ekwivalent aan 20 ml, van 'n 1% Lignocaine® oorskry. Toksiese reaksies (Sellers, 1993:553) sluit in:
 - slaperigheid;
 - hipotensie;
 - verwardheid;
 - konvulsies,
 - respiratoriese en hartversaking;
 - 'n pasiënt kan ook sterf as gevolg van hierdie toksiteit.
- Onnodige trauma en pyn gedurende die puerperium indien 'n episiotomie geknip word en die pasiënt sou andersins net 'n eerstegraadse skeur opgedoen het.
- Infeksie as gevolg van die anatomiese ligging van die perineum tot die anus wat kontaminasie met faeces moontlik maak.
- Dipareunie te wyte aan die littekenweefsel wat vir 'n onbepaalde tyd ná die bevalling nog gevoelig kan wees. Seksuele ongemak en selfs 'n afname in seksuele sensasie kan voorkom as gevolg van die littekens. Draper *et al.* (1996:143) noem dat steke wat egter te styf ingesit word, die vermoë van die bekkenvloerspiere beperk om te ontspan, wat seksuele omgang onmoontlik kan maak.

- ❑ 'n Foutiewe hegtingstegniek kan dispareunie of selfs 'n rekto-vaginale fistel tot gevolg hê indien 'n steek die rektum sou penetreer.

Carroli *et al.* (2002, Cochrane oorsig) ondersteun bogenoemde en beklemtoon veral onbevredigende anatomiese resultate, soos assimetrie of vernouing van die vaginale introïtus. Hierdie outeurs gee ook 'n uiteensetting van die hoë kostes daaraan verbonde om 'n beleid wat roetine episiotomies voorstaan, te implementeer, inaggenome die tyd en kostes verbonde aan die hegting van oënskynlik onnodige episiotomies.

Draper *et al.* (1996:143) noem dat 20% van alle vroue tot drie maande ná die hegting van 'n perineale wond ernstige probleme ervaar, onder andere:

- ❑ pyn en/of ongemak tydens oefening, mikturisie of defekasie;
- ❑ urinêre en soms fekale inkontinensie;
- ❑ dispareunie en
- ❑ wondinfeksie.

Enige van hierdie simptome het 'n beduidende effek op die kwaliteit van lewe van enige vrou. Hierdie outeurs noem ook dat die bestudering van langtermyn effekte van perineale hegtings beskou word as "unglamorous and unscientific research". Hierdie houding dra juis daartoe by dat so min navorsing op hierdie gebied gedoen word, terwyl duisende vroue jaarliks geaffekteer word en perineale trauma voorkom, óf verminder kan word.

2.11 Die rol van die vroedvrou in die voorkoming van perineale trauma

Soos reeds genoem onder 2.5.2.3 (intrapartum faktore) is dit belangrik om daarop te let dat hoë-risiko faktore mekaar onderling kan beïnvloed.

Moederlike faktore kan byvoorbeeld aanleiding gee tot fetale probleme en tydens die hantering van die moederlike en/of fetale faktore kan die pasiënt erge perineale skeure opdoen wat andersins nie noodwendig sou voorgekom het nie.

Nolte (1998:195) beskryf die volgende maatreëls om perineale trauma te voorkom:

- Die vroedvrou moet vroegtydig voorbereidings tref vir die verlossing om te voorkom dat die baba sonder toesig gebore word. Die vroedvrou se aandag mag nie vir 'n oomblik weg van die perineum en fetale skedel tydens die tweede stadium wees nie.
- Verkry die moeder se samewerking deur haar betyds in te lig presies wat van haar verwag word. Voorgeboorte-klasse is van besondere waarde, veral betreffende die inoefening van die onderskeie asemhalingstegnieke wat tydens kraam gebruik word. Dit is interessant dat Bennet *et al.* (1999:873), wat fokus op verloskunde in die Verenigde Koninkryk, voorgeboorte oefeninge, wat die verskillende asemhalingstegnieke insluit, kategoriseer onder allerlei, terwyl Sellers (1993: 283), wat fokus op die Suid-Afrikaanse konteks, asemhalingstegnieke spesifiek onder voorgeboortesorg insluit.
- Die perineum moenie bedek word in 'n poging om dit te ondersteun nie. Dit blyk dat daar heelwat kontroversie is betreffende perineale ondersteuning. Die navorser beveel egter ondersteuning aan, maar beklemtoon dat die perineum nie onnodig bedek moet word nie, aangesien waarneming van die perineum beperk word. Samuelsson *et al.* (2000:931) het ook in hul studie bevind dat 'n gebrekkige visualisasie van die perineum, asook onvoldoende ondersteuning van die perineum, risikofaktore was vir beserings van die anale sfinkter.

- ❑ Die fetale skedel moet goed beheer word regdeur die tweede stadium. Matige drukking kan op die voorliggende deel toegepas word om fleksie van die skedel te verhoog sodat die kleinste afmeting eerste deur die vaginale introïtus beweeg. Die fetale skedel moet tussen kontraksies verlos word en die moeder kan versoek word om die baba letterlik 'uit te asem' deur te 'pant'. Vinnige ekstensie van die fetale skedel met geboorte moet voorkom word. Dit kan aanleiding gee tot anterior skeure.
- ❑ Die perineum moet geleidelik gestrek word deur die voorliggende deel. Vinnige verlossing van die baba moet dus vermy word.
- ❑ Die skouers moet eers in die antero-posterior posisie wees voor die verlossing daarvan. Die anterior skouer moet eers verlos word van onder die simfese pubis voordat die posterior skouer verlos word.
- ❑ Die lyfie moet stewig vasgehou word en deur middel van laterale fleksie tot op die moeder se abdomen gebore word.
- ❑ Onnodige spanning op die perineum moet voorkom word deur nie die moeder se bene te ver uit mekaar te strek nie.
- ❑ Indien dit enigsins blyk dat 'n tweedegraadse of erger perineale trauma onvermydelik is, moet 'n episiotomie betyds uitgevoer word.

Die navorser is van mening dat as 'n episiotomie te laat geknip word, die pasiënt erge perineale trauma opdoen as gevolg van 'n skeur en 'n episiotomie wat geknip word.

Sellers (1993:540) voeg hierby die volgende voorkomende maatreëls:

- ❑ Die vroedvrou moet oor die nodige vaardigheid beskik en voortdurend haar vaardigheid opknap.

- ❑ Die aanduidende tekens dat die perineum gaan skeur, moet betyds herken en hanteer word.
- ❑ Slegs een vroedvrou moet die bevalling hanteer en instruksies aan die pasiënt gee. Instruksies moet duidelik en ferm gegee word. Hierdie outeur beklemtoon hoofsaaklik die tekens wat daarop dui dat dit onvermydelik is dat die perineum gaan skeur.

Die verantwoordelikheid berus dus by die vroedvrou om toe te sien dat elke vrou met haar bevalling nie onnodige perineale trauma, hetsy 'n skeur of 'n episiotomie, sal opdoen nie en die pasiënt vroegtydig sal verwys vir geneeskundige hantering. Die vroedvrou moet dus moederlike, fetale en perineale risikofaktore herken en voorkomend optree ten opsigte van elke faktor, aangesien die onderskeie faktore mekaar kan beïnvloed. Obstetriesse faktore, byvoorbeeld verlengde kraam, moet betyds verwys word vir geneeskundige hantering.

2.12 Opsomming

Uit die voorafgaande bespreking van die literatuur wat verband hou met perineale trauma, is dit duidelik dat vroedvroue in die ideale posisie is om perineale trauma effektief te kan voorkom of minimaliseer. Die literatuurstudie het aangedui dat daar verskeie studies gedoen is betreffende perineale trauma en die hantering daarvan. Die meeste van hierdie studies was egter internasionaal gedoen. Feitlik geen studies,

indien enige, is gedurende die afgelope jare in die Suid-Afrikaanse konteks gedoen. Huidige tekortkominge moet deur verdere navorsing behoorlik geïdentifiseer word en opleiding sal meer gefokus moet wees.

In Hoofstuk 3 word die metodologie van die projek bespreek.

HOOFSTUK 3 METODOLOGIE

3.1 Inleiding

Die metodologie vorm die kern van enige navorsingsprojek. Dit beskryf die wetenskaplike onderbou van die navorsingsproses betreffende die beplanning, strukturering en uitvoering van die navorsing in detail. Al die besluite ten opsigte van die probleemstelling, ontwerp, strategie en tegnieke lei die navorser tot die aanvaarding van 'n spesifieke metodologiese model, hetsy 'n kwantitatiewe of kwalitatiewe metodologie, óf 'n kombinasie wat 'n triangulasie genoem word.

3.2 Navorsingmetodologie

Uys *et al.* (1991:40) definieer die navorsingmetodologie as die strukturele raamwerk waarvolgens die navorsingdoel en -doelwitte bereik kan word. Die metodologie van hierdie studie word vervolgens beskryf om verdere navorsing op hierdie gebied, hetsy deur middel van 'n nuwe perspektief, óf 'n ander tipe steekproefneming, te vergemaklik.

3.2.1 Benadering

Hierdie studie het hoofsaaklik 'n kwantitatiewe, maar ook 'n kwalitatiewe oriëntasie. Hierdie doelbewuste kombinasie van kwantitatiewe en kwalitatiewe benaderings word gedefinieer as triangulasie.

De Vos (1998:361) beskryf verskillende tipes triangulasie, onder andere metodologiese triangulasie wat verwys na die gebruik van verskeie metodes van data-insameling in dieselfde studie. Die doel van metodologiese triangulasie in hierdie studie is hoofsaaklik om die betroubaarheid van die

kwantitatiewe data wat deur nie-deelnemende observasie van die bevallings en hegtings van perineale wonde verkry is, te verhoog deur gebruik te maak van 'n kwalitatiewe data-insamelingsmetode, naamlik fokussonderhoude. Creswell (De Vos, 1998:360) beklemtoon die waarde daarvan om 'n metode waar hoofsaaklik kwantitatiewe data verkry word, met 'n kleiner kwalitatiewe komponent aan te vul. Die voordeel hiervan is dat 'n konstante benadering in die studie weerspieël word, maar terselfertyd word inligting vanuit 'n ander perspektief versamel wat 'n belangrike bydrae tot die studie kan lewer.

3.2.2 *Navorsingsontwerp*

Hierdie studie is 'n nie-eksperimentele studie, aangesien manipulasie van die veranderlikes onmoontlik en ontoepaslik is in hierdie studie wat die verskynsel van perineale trauma beskryf. Die spesifieke veranderlikes wat wel 'n moontlike rol speel en die invloed wat dit op die voorkoms van perineale trauma mag hê, word beskryf en verklaar.

Volgens Brink (1996:110) kan hierdie navorsingstudie gekategoriseer word as *ex post facto* aangesien die veranderlikes wat bestudeer word, reeds plaasgevind het. Hierdie studie bestaan uit 'n analise van data verkry van staatsbeheerde gesondheidsinstansies in die Wes-Kaap vanaf 01 April 2002 tot 31 Julie 2002.

3.2.3 *Populasie en steekproefneming*

De Vos (1998:190) definieer 'n populasie as die totaliteit van instellings, persone, gebeurtenisse, rekords of enige ander elemente wat verband hou met die navorsingsprobleem wat bestudeer word. Die teikenpopulasie vir hierdie studie het die volgende ingesluit:

- alle toeganklike staatsbeheerde gesondheidsinstellings in die Wes-Kaap wat verloskundige dienste aanbied en bevallings behartig;

- ❑ voorregistrasie verpleegkunde studente, asook geregistreerde verpleegkundiges en vroedvroue wat werksaam is in kraamsale, sowel as geneeshere;
- ❑ intrapartum en postpartum pasiënte en
- ❑ alle toepaslike dokumentasie.

Dit is nie altyd moontlik of koste- en tydeffektief om die totale teikenpopulasie te bestudeer nie. Dit is ook verder moeilik om al die beskikbare data sinvol te prosesseer, analiseer en interpreteer. Indien 'n wetenskaplike steekproefneming egter gedoen word, kan meer akkurate inligting verkry word, aangesien tyd, geld en insette aangewend kan word om beter instrumente te ontwerp en in-diepte data te verkry ten einde kwaliteit navorsing te doen. Enige vooroordeel of voorkeur word ook uitgeskakel ten opsigte van staatsinstellings, verpleegkundiges, pasiënte of rekords wat ingesluit moet word in die navorsing. 'n Verdere voordeel van steekproefneming is dat die data wat bekom word, veralgemeen kan word indien die steekproef verteenwoordigend is van die populasie waaruit die steekproef gedoen is (De Vos, 1998:191).

Die kriteria waaraan die steekproef moes voldoen om ingesluit te word in hierdie studie was dat dit:

- ❑ verband moes gehou het met die studie;
- ❑ duidelik gedefinieer moes gewees het en
- ❑ toeganklik gewees het.

In Tabel 3.1 word die steekproefneming wat vir hierdie projek gebruik is uiteengesit en verder bespreek.

TABEL 3.1: Steekproefneming

Populasie	Steekproefneming
Gesondheidsinstellings	Proporsionele, gestratifiseerde, ewekansige steekproef
Verpleegkundiges	Toevallige steekproefneming *
Bevallings en hegtings	Gerieflikheidsteekproefneming *

* Die dae waarop die verpleegkundiges besoek is en bevallings en hegtings geobserveer is, is ewekansig geselekteer.

3.2.3.1 Gesondheidsinstellings

'n Volledige, opgedateerde lys, wat alle staatsgesondheidsinstellings in die Wes-Kaap bevat, is vanaf die Departement Gesondheid in die Wes-Kaap verkry op 06 Februarie 2002. Die oorspronklike lys het uit 69 bladsye van al die staatsinstellings bestaan. Hieruit is al die inrigtings wat verloskundige dienste aanbied en spesifiek bevallings behartig, geselekteer en hierdie lys het die meesterlys geword waaruit die steekproef getrek is (Bylae 1). Hierdie instellings wat verloskundige dienste aanbied, word deur die Departement van Gesondheid geklassifiseer as:

- nasionale hospitale (*National Hospitals NH*);
- streekshospitale (*Regional Hospitals RH*);
- distrikshospitale (*District Hospitals DH*);

- vroedvrou-verlossingseenhede (*Midwife Obstetrical Units MOU*);
- gemeenskapsgesondheidsentrums (*Community Health Centres CHC*) en
- gespesialiseerde hospitale (*Spesialist Hospitals SH*).

Binne die diensleweringmilieu word na hierdie hospitale ook verwys as:

- Tersière, of Vlak 3- hospitale of nasionale hospitale;
- Sekondêre, of Vlak 2- hospitale of streekshospitale en
- Primêre, of Vlak 1- hospitale of distrikshospitale en vroedvrou-verlossingseenhede.

In hierdie studie word deurgaans die terme nasionale, streeks-, distrikshospitale en vroedvrou-verlossingseenhede, gebruik.

Vir die doeleindes van hierdie studie het die navorser besluit om die enkele gespesialiseerde hospitaal as 'n streekshospitaal te klassifiseer aangesien dit die enigste hospitaal in die Wes-Kaap is wat as 'n verloskunde-spesialiteitshospitaal geklassifiseer is, maar ook 'n algemene verloskundige diens verskaf. Een plattelandse hospitaal is ook as 'n distrikshospitaal en nie as 'n gemeenskapsgesondheidsentrum geklassifiseer nie aangesien dit die enigste hospitaal is wat as sulks deur die Departement van Gesondheid geklassifiseer is en verlossings hanteer (Bylae 2).

In Tabel 3.2 word die gefinaliseerde populasie van gesondheidsinstellings aangedui waaruit die steekproef getrek is.

TABEL 3.2: Klassifikasie van Gesondheidsinstellings (N = 41)

Gesondheidsinstellings	f	%
Nasionale hospitale (NH)	2	5
Streekshospitale (RH)	8	19
Distrikshospitale (DH) en Verlossingseenhede (MOU)	31	76
Totaal:	N = 41	100

Die navorser het besluit om 'n ewekansige, gestratifiseerde steekproefneming van al die gesondheidsinstellings te doen om te verseker dat die steekproef verteenwoordigend was van al die vlakke van staatsinstellings wat verlossings in die Wes-Kaap behartig. Volgens De Vos (1998:197) beteken stratifikasie dat die populasie in 'n aantal strata of vlakke verdeel word waarvan persentasie-gewys 'n verteenwoordigende steekproef geneem word. Hierdie outeur is van mening dat dié tipe steekproefneming geskik is vir populasies wat heterogeen is ten opsigte van die veranderlike of karaktereienskap wat bestudeer word, maar wel verdeel kan word in deelpopulasies of strata wat elk homogene ooreenkomste toon ten opsigte van die veranderlike wat bestudeer word. In hierdie studie is die verskillende strata of vlakke van gesondheidsinstellings heterogeen ten opsigte van die opleidingstatus en hoeveelheid personeel, die omvang van dienste wat beskikbaar is asook die persone wie verantwoordelik is vir besluitneming, maar homogeen ten opsigte van die eienskap dat almal bevallings behartig.

In die nasionale hospitale, wat funksioneer as akademiese hospitale, is daar 'n verskeidenheid van geneeshere betrokke wat hoofsaaklik die kliniese

besluite oor die hantering van die pasiënte neem. Hierdie geneeshere sluit in 'n professor wat 'n akademiese aanstelling is; verskeie kliniese assistente (spesialiste-in-opleiding); mediese beamptes (geregistreeerde praktisyne) en interns (geneeshere wat hulle hospitaaljaar doen). Die dienste wat beskikbaar is, is gespesialiseer en interdepartementele verwysings vind plaas indien probleme opduik en gespesialiseerde dienste benodig word.

In die distrikshospitale is dit meestal die plaaslike algemene praktisyne wat beskikbaar is indien probleme sou opduik. In die vroedvrouverlossingseenhede daarenteen, is gespesialiseerde dienste nie vinnig beskikbaar nie en moet die geregistreeerde vroedvrou die besluite neem. Sy is hoofsaaklik aangewese op haar teoretiese kennis, praktiese vaardigheid en mediese toerusting tot haar beskikking om probleme op te los en effektief te hanteer.

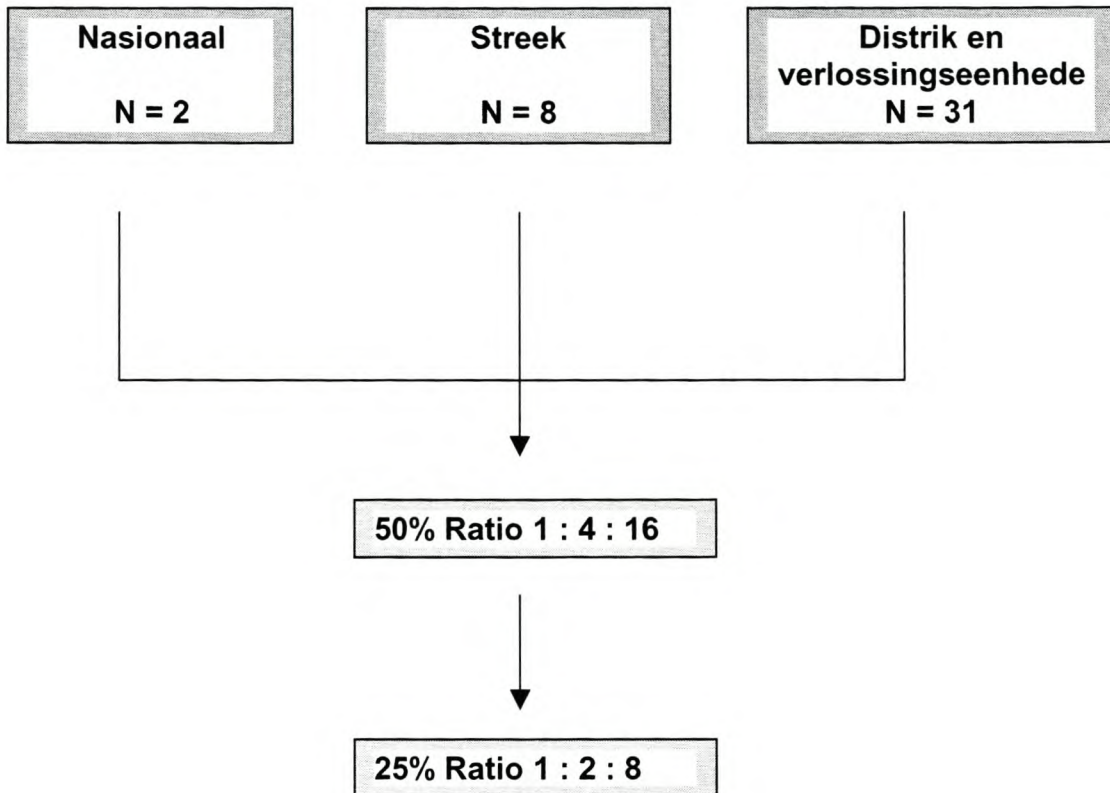
Betreffende die grootte van die steekproef, is De Vos (1998:192) van mening dat dit algemeen aanvaar word dat hoe groter die populasie is, hoe kleiner die steekproefpersentasie van die gegewe populasie hoef te wees. Hierdie outeur beveel aan dat óf 10%, óf 30 tot 100 vanuit die teikenpopulasie voldoende is, maar indien die teikenpopulasie uit minder as 30 eenhede bestaan, moet al die eenhede in die studie ingesluit word om sodoende 'n betekenisvolle analise van data moontlik te maak.

Volgens Stoker se tabel (De Vos, 1998:192), wat as 'n riglyn vir steekproefneming gebruik is, was beide die nasionale hospitale, al agt streekshospitale en 80% of vier-en-twintig van die primêre gesondheidsinstellings, wat die distrikshospitale en vroedvrouverlossingseenhede behels, veronderstel om in hierdie studie ingesluit te word. Die insluiting van vier-en-dertig gesondheidsinstellings is egter vir die omvang van hierdie studie en die doelwitte wat gestel is, nie as realisties en toepaslik beskou nie.

Die navorser het besluit om eerder 'n proporsionele stratifikasie te gebruik. Die aantal gesondheidsinstellings van elke stratum is proporsioneel of presentasiegewys tot die grootte van die stratum geselekteer om sodoende te verseker dat die steekproef verteenwoordigend van elke stratum was. Hier is op die kleinste proporsionele ratio, naamlik 'n 25% populasieverteenwoordiging besluit, soos verduidelik in Figuur 3.1.

FIGUUR 3.1:

Proporsionele stratifikasie van gesondheidsinstellings



Seleksie binne die verskillende strata is ewekansig gedoen deur middel van loting. Uys *et al.* (1991:97) klassifiseer hierdie metode van steekproefneming as 'n eenvoudige, ewekansige steekproefneming. In hierdie prosedure is al die gesondheidsinstellings van elke strata of vlak in alfabetiese volgorde gerankskik en genommer. Die nommers is op identiese papiertjies geskryf en

in 'n houer geplaas. Die papiertjies is een vir een getrek totdat die verlangde hoeveelheid instellings per strata volgens die ratio getrek is. Die nommers wat getrek is, is telkens teruggeplaas in die houer sodat elke gesondheidsinstelling 'n 100% kans behou.

Soos verduidelik in Figuur 3.1, is een nasionale hospitaal, twee streekshospitale en agt distrikshospitale en/of vroedvrou-verlossingseenhede vir hierdie studie geselekteer. Die totale aantal gesondheidsinstellings was dus elf, wat proporsioneel verteenwoordigend was van die verskillende vlakke van gesondheidsinstellings in die Wes-Kaap wat bevallings behartig.

Weens praktiese oorwegings is 'n verdere seleksie gedoen uit die elf gesondheidsinstellings. Slegs gesondheidsinstellings wat gemiddeld meer as drie bevallings per vier-en-twintig uur hanteer, dit wil sê meer as negentig bevallings per maand, is geselekteer. Die praktiese motivering vir hierdie insluitingskriteria was dat, wanneer die navorser die onderskeie gesondheidsinstellings op geselekteerde dae besoek, die waarskynlikheid groter sou wees om 'n bevalling te kon waarneem by dié gesondheidsinstellings wat meer as negentig bevallings per maand hanteer.

Die elf gesondheidsinstellings is gekontak ná die steekproefneming. Die statistieke ten opsigte van die aantal bevallings per maand is telefonies verkry. Uit die elf gesondheidsinstellings is sewe verkry wat aan genoemde vereistes voldoen het. In hierdie studie sal voortaan na hierdie hospitale as kategorie A gesondheidsinstellings verwys word. Die ander vier gesondheidsinstellings wat nie aan genoemde vereistes voldoen het betreffende die aantal bevallings per maand nie, is wel betrek by die ander dataversamelingsmetodes, naamlik vraelyste aan verpleegkundiges, asook onderhoudvoering. Laasgenoemde hospitale sal voortaan kategorie B gesondheidsinstellings genoem word. Bevallings wat egter tydens die navorser se besoek aan laasgenoemde vier gesondheidsinstellings plaasgevind het, is wel in hierdie navorsingsprojek ingesluit.

Hierdie steekproefneming van die gesondheidsinstellings voldoen aan die voorwaardes vir 'n ewekansige steekproefneming, naamlik dat die navorser die totale teikenpopulasie ken deur gebruik te maak van 'n beskikbare lys van die totale populasie waaroor die studie gedoen word, maar ook oor 'n steekproefraamwerk beskik, soos wat reeds uiteengesit is.

3.2.3.2 Verpleegkundiges

Toevallige steekproefneming is gedoen om die verpleegkundiges te selekteer. Volgens De Vos (1998:198) word hierdie tipe steekproefneming as nie-waarskynlikheidsteekproefneming geklassifiseer.

Dit sou prakties onmoontlik wees om 'n loting te doen vanaf 'n alfabetiese lys met al die verpleegkundiges werksaam in die kraamsale van die elf geselekteerde hospitale en daarvolgens verpleegkundiges vir hierdie studie in te sluit deur middel van óf 'n eenvoudige, óf sistematiese ewekansige steekproef, aangesien die geselekteerde hospitale geografies te ver uit mekaar geleë is. Die verpleegkundiges in die plattelandse hospitale werk ook gewoonlik in al die verskillende afdelings en nie noodwendig slegs in die kraamsale nie.

Uit 'n praktiese oorweging is eerder ewekansige dae geselekteer en die personeel wat aan diens was in die kraamsaal op die geselekteerde dae, is in die studie ingesluit. Alhoewel al die verpleegkundiges wat aan diens was op die betrokke dae wat die navorser die instelling besoek het in die steekproef ingesluit is, is verseker dat die navorser nie sydig was om op spesifieke dae besoek af te lê nie. Uit die honderd-twee-en-twintig dae gedurende die genoemde tydperk, is 'n aantal dae ewekansig gekies deur middel van loting.

Volgens Stoker se tabel (in De Vos, 1998:192) as riglyn vir steekproefneming, behoort 45% of vyf-en-veertig dae vanuit 'n populasie van honderd geselekteer te word. Uit 'n totaal van honderd-twee-en-twintig dae in die genoemde tydperk wat vir die veldnavorsing beplan is, was 45 tot 50 dae dus

voldoende. Soos verduidelik in Figuur 3.2 het die navorser besluit om 'n minimum van ses dae by elk van die sewe gesondheidsinstellings in kategorie A, wat aan bogenoemde vereistes voldoen het, deur te bring om data te versamel. Die vier gesondheidsinstellings in kategorie B wat nie aan die kriteria van die vereiste aantal bevallings per maand voldoen het nie, is slegs twee keer elk besoek. Die navorser het besluit om wel verpleegkundiges van laasgenoemde instansies by die projek in te sluit, aangesien waardevolle inligting by die personeel van hierdie plattelandse hospitale verkry kon word.

FIGUUR 3.2: Steekproefneming betreffende aantal dae

Gesondheidsinstellings	Aantal dae elk	Totale aantal dae
Kategorie A (n=7)	6	42
Kategorie B (n=4)	2	8
Totaal:		50

Al die dae wat dit vir die navorser logisties moontlik was om die data te versamel, is op identiese papiertjies geskryf en in 'n houer geplaas. Die papiertjies is een vir een deur 'n objektiewe persoon getrek en die dae neergeskryf totdat die minimum vereiste hoeveelheid dae getrek is. Die datums wat getrek is, is telkens teruggeplaas in die houer sodat elke gesondheidsinstelling 'n 100% kans behou het om ingesluit te kon word. Indien dieselfde dag egter getrek is en dit nie logisties moontlik was om twee gesondheidsinstellings op een dag te besoek nie, is daardie spesifieke trekking herhaal.

Data is ingesamel deur middel van:

- nie-deelnemende observasie van bevallings, asook hegtings van perineale wonde, deur gebruik te maak van kontrolelyste;
- vraelyste aan verpleegkundiges wat bevallings behartig; asook
- onderhoudvoering met verpleegkundiges en geneeshere.

'n Verdere steekproef van verpleegkundiges is gedoen vanuit die populasie van finale jaar studentverpleegkundiges van tersiêre opleidingsinstansies in die Wes-Kaap deur middel van doelbewuste steekproefneming (Uys *et al*, 1991:102). In hierdie geval word die steekproef doelbewus getrek om verteenwoordigend van die populasie te wees. Die navorser het besluit op 'n steekproef wat die meeste verteenwoordigend is betreffende die eienskap wat die navorser wil ondersoek.

Die insluitingskriteria het behels dat al die studente 'n formele lesing betreffende die hegting van perineale wonde, asook 'n demonstrasie van die hegting van 'n perineale wond moes bywoon en oefen in die klas onder toesig. Die studente is daarna vir 'n maand in die praktyk geplaas en moes soveel hegtings moontlik onder toesig van 'n geregistreerde vroedvrou doen. Al hierdie studente is daarna in gesimuleerde omstandighede individueel geëvalueer.

Die doel van hierdie steekproef was om finale jaar studente in gesimuleerde omstandighede te evalueer ten einde te bepaal of die opleiding betreffende die hegting van perineale wonde van voorregistrasie studente voldoende was.

3.2.3.3 Bevallings en hegtings

'n Steekproef is getrek om die bevallings en hegtings te selekteer. Volgens Uys *et al.* (1991:101) is dit nie altyd moontlik om 'n steekproef te verkry waarvan die waarskynlikheid dat dit verteenwoordigend sal wees van die populasie, statisties bepaalbaar is nie. Die navorser het daarom besluit om gebruik te maak van nie-waarskynlikheidsteekproefneming en die bevallings en hegtings te selekteer deur middel van 'n gerieflikheidsteekproefneming. Die elemente van die populasie het dus nie almal 'n gelyke geleentheid om as deel van die steekproef gekies te word nie. Volgens De Vos (1998:198) kan hierdie tipe steekproef gebruik word indien die navorser óf nie die totale populasie kan bepaal nie, óf slegs 'n bepaalde verskynsel wil ondersoek.

Soos reeds genoem onder 3.2.3.1, is 'n verdere seleksie gedoen uit die elf gesondheidsinstellings. Die insluitingskriteria was dat slegs gesondheidsinstellings wat gemiddeld meer as drie bevallings per vier-en-twintig uur, dit wil sê meer as negentig bevallings per maand hanteer het, ingesluit is. Die praktiese motivering hiervoor was dat die waarskynlikheid groter sou wees om 'n bevalling te kon waarneem wanneer die navorser die onderskeie gesondheidsinstellings op die geselekteerde dae besoek het. Die statistieke ten opsigte van die aantal bevallings per maand wat telefonies verkry is, het getoon dat sewe uit die elf gesondheidsinstellings aan genoemde ewekansige vereistes voldoen het.

Alle bevallings sou dus geëvalueer kon word wanneer die sewe geselekteerde gesondheidsinstellings deur die navorser op die ewekansig geselekteerde dae besoek is. Toevallige bevallings wat op dié dae plaasgevind het wat die navorser die ander vier gesondheidsinstellings besoek het vir onderhoudvoering en die voltooiing van die vraelyste, sal wel by die studie ingesluit word.

Soos reeds genoem onder 3.2.3.1 beveel De Vos (1998:192) aan dat óf 10%, óf 30 tot 100 vanuit die teikenpopulasie voldoende is, maar indien die

teikenpopulasie minder as 30 respondente het, moet al die respondente ingesluit word in die studie om sodoende 'n betekenisvolle analise van die data moontlik te maak.

Dit is egter nie moontlik om in hierdie geval die teikenpopulasie te bepaal betreffende die aantal bevallings en hegtings gedurende die genoemde tydperk nie. Die navorser beplan dus om 'n minimum van vyftig bevallings en hegtings van perineale wonde elk te evalueer op die ewekansige geselekteerde dae. Indien al die gesondheidsinstellings volgens die ewekansige geselekteerde dae besoek is en die aantal geobserveerde bevallings en hegtings nie voldoen het aan die genoemde hoeveelheid nie, sou voortgegaan word om bevallings en/of hegtings te observeer by enige van die geselekteerde gesondheidsinstellings totdat óf die verlangde hoeveelheid verkry is, óf data-versadiging bereik is.

Die insluitingskriteria vir die bevallings wat geëvalueer is, was die volgende:

- ☐ dit moes 'n voltydse swangerskap (>37 weke gestasieduur) wees;
- ☐ die baba moes deur middel van 'n normale vaginale verlossing gebore word;
- ☐ slegs enkelvoudige swangerskappe is ingesluit;
- ☐ die fetus moes in lengteligging wees en
- ☐ die bevalling moes onder toesig van 'n geregistreerde vroedvrou plaasgevind het.

Vir die doeleindes van hierdie studie het die navorser besluit op bogenoemde kriteria om sodoende die scenario te beperk tot situasies waar die verpleegkundige onafhanklik besluite moes neem.

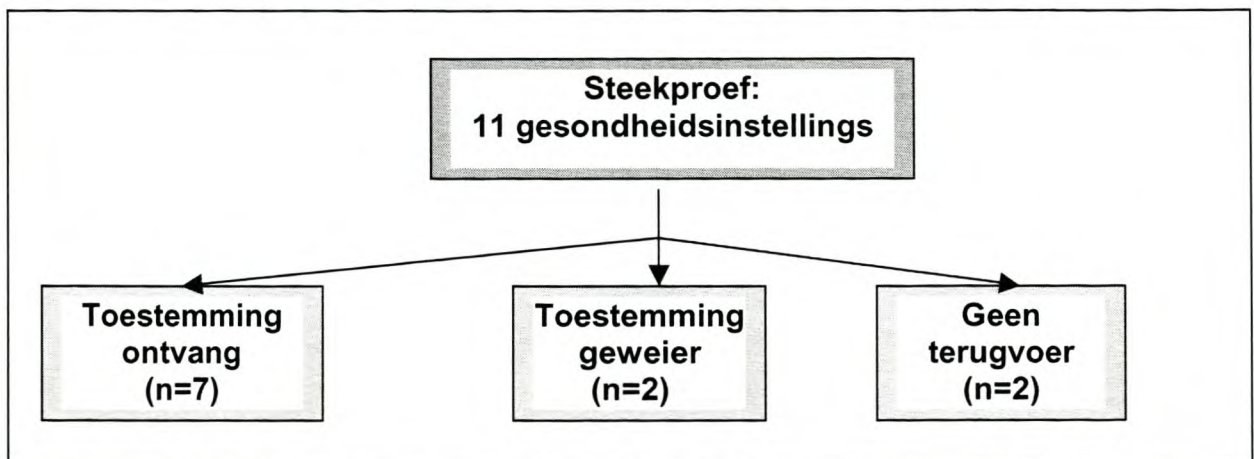
Skriftelike toestemming (Bylae 3) is gerig aan óf die Mediese Superintendent, óf Verpleegdiensbestuurder van elk van die elf gesondheidsinstellings vir die volgende doeleindes:

- ❑ om toegang tot die kraamregisters en ander toepaslike rekords te verkry;
- ❑ om geregistreerde vroedvroue te versoek om vraelyste te voltooi en/of onderhoude mee te voer en
- ❑ om bevallings en hegtings van perineale wonde nie-deelnemend te evalueer.

Soos verduidelik in Figuur 3.3 is skriftelike terugvoering van slegs sewe vanuit die elf geselekteerde gesondheidsinstellings teen die sperdatum ontvang, waarvan ses toestemming verleen het tot die navorsing Opvolgbriewe is gestuur aan die vier instansies wat teen die sperdatum nog nie op die toestemmingsbriewe gereageer het nie. Twee instansies uit die vier het op die opvolgbriewe gereageer waarvan slegs een toestemming verleen het, wat dus daarop dui dat toestemming deur 63,6% (n=7) van die gesondheidsinstellings verleen is (Bylae 4).

FIGUUR 3.3

Gesondheidsinstellings toestemming verleen vir die navorsingstudie



3.2.4 *Dataversamelingmetodes*

Die metodes wat gebruik is om die data te versamel, was as volg:

- ❑ gestruktureerde, nie-deelnemende observasie van bevallings en hegings van perineale wonde deur gebruik te maak van kontrolelyste;
- ❑ 'n selfgeadministreerde vraelys aan verpleegkundiges om hul kennis te toets ten opsigte van die hantering van bevallings om perineale trauma te voorkom;
- ❑ onderhoudvoering met verpleegkundiges en geneeshere om in-diepte inligting te verkry wat meer lig kan werp op die voorkoms van perineale trauma en
- ❑ pasiënte-rekords en toepaslike kraamsaaldokumente.

3.2.4.1 Gestruktureerde, nie-deelnemende observasie

Uys *et al.* (1991:60) beskryf observasie as 'n eenrigtingtegniek waardeur die navorser inligting probeer bekom deur bloot waar te neem sonder om met die persoon wat waargeneem word, te kommunikeer. Deur middel van gestruktureerde observasie maak die navorser gebruik van 'n bepaalde werkskema, byvoorbeeld 'n kontrolelyst wat dit moontlik maak om op 'n sistematiese wyse op sekere aspekte te let en dit te noteer.

Die doel van die kontrolelyst in hierdie studie was om spesifieke vaardighede van verpleegkundiges te evalueer sonder om deel van die gebeure te wees. Die kontrolelyste het ontwikkel deurdat die navorser uit eie praktykervaring belangrike aspekte geïdentifiseer het wat sy wou evalueer. Die lys van items op die twee kontrolelyste is aangevul deur literatuur en vorige navorsingstudies.

Die voordele van 'n kontrolelys is die gerieflikheid van die beantwoording daarvan deurdat items slegs afgemerk word, asook die eenvormigheid van die statistiese verwerking van gegewens deurdat al die betrokke items gekodeer word. 'n Moontlike nadeel van 'n kontrolelys, naamlik dat die navorser belangrike aspekte kon uitlaat, is oorkom deurdat 'n addisionele bylae aan beide kontrolelyste geheg is om voorsiening te maak vir inligting waarvoor nie op die kontrolelyste voorsiening gemaak is nie. Gedetailleerde veldnotas is deurgaans gehou.

Die eerste kontrolelys (Bylae 5) was daarop gemik om die vaardighede van verpleegkundiges te evalueer betreffende die hantering van bevallings met die oog op die voorkoming van perineale trauma. Dit het ingesluit episiotomies wat onnodig gedoen word, of perineale skeure as gevolg van episiotomies wat nie gedoen is nie ten spyte van voor-die-handliggende indikasies. Die hooftemas op die kontrolelys was as volg:

- ❑ algemene verloskundige geskiedenis;
- ❑ voorgeboorte inligting;
- ❑ intrapartum hantering en
- ❑ neonatale inligting.

'n Tweede kontrolelys (Bylae 6) is opgestel om die hegting van episiotomies en perineale skeure te evalueer om sodoende die vaardigheidsvlak van verpleegkundiges betreffende die hegting van 'n perineale wond te bepaal. Die persepsie bestaan dat verpleegkundiges nie oor voldoende praktiese vaardigheid beskik om episiotomies te knip of te heg nie en daarom ook nie gretig is om te knip nie. Gerrits *et al.* (1994:103) het in hul studie, wat die verband tussen professionele status en episiotomies bestudeer het, gevind dat spesialis-in-opleiding en ginekoloë in Nederland onderskeidelik 2,5 en 3,4 keer meer geneig is as vroedvroue om 'n episiotomie uit te voer ten einde

perineale skeure te voorkom. Die hooftemas op hierdie kontrolelys was as volg:

- ❑ algemene inligting;
- ❑ aseptiese tegniek;
- ❑ infiltrasietegniek;
- ❑ hegting van onderskeie wonde;
- ❑ optrede met voltooiing van hegting en
- ❑ rekordhouding.

Hierdie kontrolelyste het voldoen aan die vereistes wat gestel word aan enige meetinstrument en was as volg:

- ❑ dit was geskik vir die doel waarvoor dit gebruik is;
- ❑ dit het objektief gemeet en waardes, gevoelens en vooroordele van óf die navorser, óf die persoon wat waargeneem is, het geen rol gespeel nie en
- ❑ dit moes realisties en prakties uitvoerbaar wees.

Nadat al die gesondheidsinstellings besoek is volgens die minimum hoeveelheid geselekteerde dae, het die navorser besluit om nog bevallings en hegtings te evalueer totdat dataversadiging bereik is en geen nuwe data of insigte verkry is nie.

Om objektiwiteit te verseker sou dit die ideaal gewees het om van veldwerkers gebruik te maak, maar die navorser het besluit om eerder die data persoonlik in te samel en wel om die volgende redes:

- ❑ Die voltooiing van die kontrolelyste is tydrowend. Die navorser wou nie ekstra werklading op die betrokke verpleegkundiges plaas nie, aangesien die werklading in kraamsale deurgaans hoog is.

- ❑ Dit was vir die navorser belangrik om absolute korrekte inligting te verkry. Die kodering van die kontrolelyste is ingewikkeld en die verkeerde interpretasie of foutiewe gebruik van die kodes op die kontrolelyste kon foutiewe inligting weergegee het en dus die navorsingsresultate beïnvloed het.
- ❑ Die verpleegkundiges in die kleiner hospitale roteer gedurig in die verskillende afdelings en is dus nie noodwendig slegs in die kraamsale geplaas nie.
- ❑ Die veldwerkers is die arbeidskrag van die kraamsaal en objektiwiteit kan dus nie gewaarborg word nie.
- ❑ Negatiewe aspekte waarin die navorser juis belangstel, kan doelbewus nie aangedui word nie om sodoende te voorkom dat die instelling in 'n negatiewe lig gestel word, veral ten opsigte van die voorkoms van derdegraadse skeure wat in die algemeen beskou word as 'n swak hantering van die verlossing.

3.2.4.2 Die vraelys

'n Vraelys is 'n relatief goedkoop metode om spesifieke inligting vinnig te bekom. Die geldigheid en betroubaarheid van die instrument is ook maklik toetsbaar. Die persone wat die vraelys voltooi, ervaar 'n groter mate van anonimiteit en is dus meer geneig om die vrae eerlik te beantwoord (De Vos, 1998:153).

Kennis word beskou as 'n voorvereiste vir praktiese vaardigheid. Die vraelys was dus spesifiek daarop gemik om die kennis van verpleegkundiges te evalueer betreffende die hantering van bevallings en die hegting van perineale wonde. Die navorser het besluit om gebruik te maak van 'n selfopgestelde vraelys, aangesien spesifieke vrae ingesluit kan word wat gerig was op spesifieke inligting wat die navorser wou bekom (Bylae 7).

Volgens Uys *et al.* (1991:70) is 'n vraelys altyd gestruktureerd en in 'n bepaalde volgorde volgens die navorser se keuse. Hierdie vraelys bevat geslote, sowel as oop vrae. By die geslote vrae antwoord die respondent hoofsaaklik 'Ja' of 'Nee' op 'n aantal stellings. Waar die navorser nie seker was of alle moontlike alternatiewe in die geslote-vraagformaat ingesluit is nie, is 'n oop-vraag bygevoeg, naamlik 'ander' of 'spesifiseer'. Daar was genoegsame spasies op die vraelys aangebring om vrae te beantwoord.

Die hooftemas van die vrae was as volg:

- biografiese inligting en professionele kwalifikasies (vraag 1 - 3.5);
- verloskundige kwalifikasies en ondervinding (vraag 4.1 – 9.4) en
- spesifieke inligting betreffende perineale skeure en episiotomies (vraag 10.1 – 24).

Die vraelyste is almal genommer om te kontroleer dat al die vraelyste terug ontvang is by elke gesondheidsinstelling. 'n Dekbrief aan die respondent, wat die doel en die aard van die vraelys verduidelik, het deel van die vraelys gevorm. Hierdeur het die navorser gepoog om 'n positiewe gesindheid en sodoende samewerking van die respondent te verkry. Die vraelys was kort en saaklik en behoort nie langer as tien minute geneem het om te voltooi nie.

3.2.4.3 Onderhoudvoering

'n Fokusgroeponderhoud as kwalitatiewe dataversamelingstegniek, sou die ideaal wees om in-diepte inligting te verkry van 'n homogene groep verpleegkundiges se ondervinding en menings betreffende perineale trauma en moontlike maatreëls wat getref kan word ter voorkoming daarvan. Die geografiese uitgebreidheid van die area waarin die geselekteerde gesondheidsinstansies voorkom, het egter veroorsaak dat dit prakties moeilik was om die deelnemers te selekteer en te verseker dat die deelnemers wel die fokusgroepsessies kon bywoon.

Die navorser het dus uit 'n praktiese oorweging besluit om eerder semi-gestruktureerde onderhoude met individuele geregistreerde vroedvroue en geneeshere te voer wat direk betrokke was by óf die bevallings en hegtings van perineale wonde, óf opleiding van studente in verloskunde.

Die navorser het besluit om die aantal onderhoude te beperk tot twintig, of totdat data-versadiging bereik is betreffende die doelwitte wat gestel is vir hierdie studie.

Onderhoude word in die algemeen geklassifiseer as gestruktureerd of ongestruktureerd. Gestruktureerde onderhoude behels dat spesifieke vrae op dieselfde wyse en in dieselfde volgorde gestel moet word. Die navorser maak gebruik van 'n onderhoudskedule. Dit word meestal gebruik wanneer direkte, feitelike inligting benodig word. 'n Ongestruktureerde onderhoud daarenteen, is meer vry-vloeiend, maar tog doelgerig. Die gesprek word slegs beperk deur die fokus van die navorsing (Brink, 1996:158).

Brink (1996:158) maak ook melding van semi-gestruktureerde onderhoude wat elemente van beide tipe onderhoude bevat. Die navorser het besluit om die onderhoude semi-gestruktureerd te voer, aangesien inligting ten opsigte van spesifieke aspekte verkry wou word. Die navorser wou egter ook ruimte in die onderhoude laat om nuwe, relevante inligting te bekom.

Tydens die onderhoude is die vrae vry-vloeiend rondom drie belangrike aspekte gevra. Die onderhoudskedule is saamgestel uit drie vrae wat die hoofaspekte dek, met 'n vierde afdeling vir enige nuwe ongeklassifiseerde, maar relevante inligting (Bylae 8).

Die vraagstelling het die volgende aspekte behels:

- Die knip van 'n episiotomie sonder verdowing.

- ❑ Om die verlossing so gekontroleerd as moontlik te hanteer in plaas daarvan om 'n episiotomie te knip as voorkomingsmaatreël vir perineale skeure.
- ❑ Om alle primigravidas se perineum te infiltreer met lokale verdowing voor kroning van die fetale skedel, ongeag of 'n episiotomie reeds aangedui is of nie.

3.2.5 *Die loodsstudie*

Volgens Uys *et al.* (1991:112) behels die doelstellings van 'n loodsstudie die volgende:

- ❑ Om te dien as 'n proeflopie om enige potensiële swakhede in die dataversamelingsbenadering, hetsy metodes of instrumente, te identifiseer en te verfyn of te wysig, of selfs te vervang.
- ❑ Om die voorkoms van tussenveranderlikes wat die navorsing kan beïnvloed, te identifiseer en sodoende te elimineer.
- ❑ Om die beplande metode van data-analise te toets vóórdat die hoofstudie uitgevoer word.

De Vos (1998:185) voeg hierby dat die persentasie nie-respons of traerespons ten opsigte van die onderhoud en vraelyste oorgedra kan word na die hoofondersoek en dus die resultate kan beïnvloed indien 'n loodsstudie nie gedoen word om vooraf spesifieke probleme te identifiseer en te wysig nie. 'n Verdere voordeel van die loodsstudie is dat dit óór- of onderbetrokkenheid van die navorser kan identifiseer.

Die dataversamelingsinstrumente, naamlik die konsepvraelys, kontrolelyste en onderhoudskedule is aan 'n loodsstudie onderwerp om te verseker dat alle foute en onduidelikhede onmiddellik reggestel kon word. 'n Loodsstudie is gedoen en die volgende is geïdentifiseer en reggestel:

- ❑ 'n Gebrek aan orde in die vraagstelling.
- ❑ Vrae wat die respondente weier om te beantwoord.
- ❑ 'Ek-weet-nie' of 'onseker' antwoorde. In hierdie geval was die vrae:
 - te vaag gestel;
 - te moeilik om te verstaan; of
 - te ingewikkelde antwoorde is verwag.

Volgens De Vos (1998:158) kan dubbelsinnige vrae lei tot nie-vergelykbare response terwyl rigtinggewende vrae bevooroordeelde response tot gevolg mag hê. In alle gevalle verskaf vae vrae ook vae antwoorde wat dus nie tot enige waarde vir hierdie studie sou wees nie.

Die navorser het bevind dat die nie-respons en traë-responsfaktor te hoog was. Die strategie van bekendstelling van die vraelys aan verpleegkundiges is dus aangepas sodat dié spesifieke dataversamelingsinstrument nie as bedreigend deur die verpleegkundiges ervaar is nie. Die formeel-gestruktureerde onderhoudvoering is ook gewysig na 'n meer informele gesprekvoering wat steeds op die gestruktureerde vrae betreffende spesifieke temas gefokus het.

Die loodsstudie het ook aangedui dat die navorser aanvanklik óórbetrokke was met gevolglike subjektiwiteit betreffende die evaluering van die bevallings. By 'n ander gesondheidsinstansie was die navorser weer onderbetrokke wat die onderhoudvoering negatief beïnvloed het. Die navorser moes derhalwe 'n strategie van betrokkenheid met die verpleegkundiges aanneem slegs tot só 'n mate om samewerking te verkry, maar om steeds objektief data in te samel.

Spasies is gelaat op die vraelys vir kritiek en/of aanbevelings deur die respondente. Ná afloop van die loodsstudie is veranderinge aangebring aan

die twee kontrolelyste, asook die onderhoudskedule. Bykomende inligting waarvoor die navorser nie voorsiening gemaak het nie, is op die kontrolelyste aangebring en die vrae van die onderhoud is geherformuleer. Die vraelys is feitlik onveranderd gelaat.

In die bevallingskontrolelys is die maandelikse inkomste, asook die ras van die pasiënte gerekordeer. Die rede waarom hierdie aspekte ingesluit was, is op grond van Albers *et al.* (1996:272) se bevindings dat inkomste en ras beduidende faktore is in die insidensie van perineale skeure. Ná die loodsstudie is egter besluit om dit weg te laat uit die finale lys en wel om die volgende redes:

- Almal was staatspasiënte en is gratis behandel ooreenkomstig die staat se beleid om gratis dienste aan swanger vroue en kinders te verskaf.
- Oorwegend Kleurlingvroue se bevallings is geobserveer, aangesien die geselekteerde gesondheidsinstellings hoofsaaklik in die tradisionele Kleurlinggebiede in die Wes-Kaap geleë is.

Clifford (1990:71) beklemtoon dat die respondente in die loodsstudie vanuit dieselfde populasie as die hoofstudie geselekteer moet word, maar die data wat versamel word mag nie ingesluit word in die finale data-analise en uiteindelijke resultate nie.

De Vos (1998:179) is van mening dat 'n navorser sy ondersoek baie deeglik kan beplan, maar dat die praktiese situasie onbekend bly totdat dit eers betree word. Die navorser is daarom van mening dat 'n loodsstudie waardevol was, aangesien die lewensvatbaarheid van die studie hierdeur bevestig is. Verder kon veranderinge betyds aangebring word om moontlike metodologiese probleme tydens die afhandeling van die navorsingsprojek betyds uit te skakel. Dit is dus sinvol om 'n loodsstudie uit te voer.

3.2.6 *Geldigheid en betroubaarheid*

Volgens Bester (1995:132) is die gebruik van navorsingsinstrumente binne die konteks van navorsing onlosmaaklik verbind aan die konsepte van geldigheid en betroubaarheid.

Die mate waarin 'n instrument daarin slaag om die spesifieke element waarvoor dit ontwerp is wel te evalueer, word deur Uys *et al.* (1991:87) gedefinieer as die geldigheid van 'n instrument. Derhalwe is die inhoudsgeldigheid van die kontrolelyste en die vraelyste vasgestel deurdat die dokumente met kundiges bespreek is. Dit het ingesluit 'n ervare verpleegkundige wat in 'n kraamsaal werksaam is, 'n verpleegkundige dosent wat betrokke is by verpleegkundiges se verloskunde-opleiding, asook 'n ginekoloog wat genader is om te kontroleer dat al die items wat geobserveer behoort te word, teenwoordig is op die kontrolelys en wel in die praktyk meetbaar is. Sodoende kan 'n oorsigtelike beeld verkry word van die vaardigheidsvlak van diegene wat bevallings behartig en perineale wonde heg. Daar is verseker dat die vraelyste wel omvattende vrae insluit wat gerig is op die omvang en doelwitte wat gestel is vir hierdie studie.

Die loodsstudie wat vooraf uitgevoer is om enige leemtes in die metodologiese benadering, insluitende die instrumente te bepaal, het bygedra om die geldigheid van die navorsing te bevestig.

Brink (Bester 1995:132) meld dat indien die navorser voortdurend beskryf, verduidelik en aannames stel, asook prosedures en praktyke regverdig, die navorser op geldigheid en betroubaarheid kan aanspraak maak.

Die betroubaarheid van 'n meetinstrument behels die mate van akkuraatheid en konstantheid waarmee dit meet en verwys na die mate waartoe die bevindinge veralgemeen kan word (Bester, 1995:132).

Die inter-waarnemerbetroubaarheidstoets is gebruik om die betroubaarheid van die kontrolelyste te bepaal. Verskillende observeerders het op dieselfde

tydstip met dieselfde kontrolelyste dieselfde bevalling en hegting geëvalueer. Dieselfde resultate by beide observeerders bevestig dat dit 'n betroubare instrument is. Die betroubaarheid van die kontrolelyste is verder verhoog deurdat die data met die veldnotas vergelyk is tydens die data-analise, soos uiteengesit in Hoofstuk 4.

Die betroubaarheid van die vraelys is getoets deurdat vier vraelyste aan vier geregistreerde vroedvroue gegee is om te voltooi. Om 'n vraag in die finale vraelys op te neem, moes minstens drie uit die vier vroedvroue ooreenstemming gehad het. Al vier persone se antwoorde het dieselfde tipe antwoorde weerspieël op elke afsonderlike vraag.

Burns en Brink (Bester, 1995:132) stel dit duidelik dat die kriteria van geldigheid en betroubaarheid kwantitatiewe kriteria is en *per se* nie op kwalitatiewe navorsing toegepas kan word nie, maar dat daar eerder na die geloofwaardigheid, toepaslikheid en konsekwentheid van die navorsing verwys moet word.

Volgens De Vos (1998:348) word kriteria, wat slegs toepaslik is vir kwantitatiewe navorsing, dikwels gebruik om kwalitatiewe navorsing te evalueer. Eksterne geldigheid, wat byvoorbeeld gemoeid is met die vermoë om te veralgemeen vanaf die steekproef na die populasie, is 'n sleutelkriterium vir kwantitatiewe navorsing, maar nie toepaslik vir kwalitatiewe navorsing nie. Die terme 'geldigheid' en 'betroubaarheid' het dus hoofsaaklik betrekking op kwantitatiewe navorsing.

Ander terme moet dus gebruik word om kwalitatiewe navorsing te evalueer. Guba se model (De Vos, 1998:348) is gebruik om spesifiek die kwalitatiewe navorsing te evalueer. Die model verwys na vier basiese kriteria naamlik:

- ❑ geloofwaardigheid ten opsigte van die bevindings en die konteks waarin die studie plaasgevind het;
- ❑ toepasbaarheid in 'n ander soortgelyke konteks;

- ❑ konsekwentheid van bevindings indien dit herhaal word met óf dieselfde respondente, óf dieselfde situasie en
- ❑ die mate van objektiwiteit, sodat die bevindings die absolute weergawe van die respondente en die situasie weerspieël en nie beïnvloed is deur ander vooroordele, motiverings en perspektiewe nie.

3.2.7 *Data- analise*

Die kwantitatiewe data is ontleed met behulp van die EXCEL (MSOffice) program. Hierdie data was meer beskrywend van aard en daarom is frekwensies en presentasies bereken om die data, hetsy in tabelle of grafieke, voor te stel.

Volgens De Vos (1998:344) is daar nie 'n regte of verkeerde manier om kwalitatiewe data te analiseer nie. Die belangrikste is egter dat die navorser in staat sal wees om deur middel van logiese stappe die betrokke data te analiseer. Die outeur beveel aan dat verskeie benaderings of modelle gekombineer sal word om sodoende die geloofwaardigheid van die resultate te verseker. Derhalwe is die kwalitatiewe data as volg ontleed deur gebruik te maak van Tesch se benadering (De Vos, 1998:343):

- ❑ Al die veldnotas is deurgelees om 'n geheelbeeld te vorm.
- ❑ Sentrale gedagtes is geïdentifiseer as hooftemas, unieke temas en ander relevante, maar ongeklassifiseerde temas.
- ❑ Onderskeie temas wat verband hou met mekaar, is gegroepeer en beskryf.
- ❑ Sub-temas is terselfertyd geïdentifiseer.
- ❑ Die onderlinge verwantskap tussen hooftemas en subtemas is aangedui.
- ❑ Al die kategorieë is gekodeer.

- Die kodes is alfabeties gerangskik.

3.3 Samevatting

Die metodologie is die strukturele raamwerk van 'n navorsingstudie en rig die navorser in die beplanning en implementering daarvan, terwyl optimale kontrole uitgeoefen kan word oor faktore wat die studie kan beïnvloed.

Dit is vir die navorser duidelik dat verpleegkundiges hoofsaaklik gebruik maak van ander wetenskappe se ontwerpe en dataversamelingsinstrumente en dit het noodsaaklik geword dat eiesoortige verpleegkundige navorsingsontwerpe en instrumente ontwikkel moet word.

In Hoofstuk 4 volg 'n gedetailleerde uiteensetting ten opsigte van die data-analise asook die navorser se bevindings van die kwantitatiewe, sowel as kwalitatiewe data wat verkry is by dié staatsinstellings wat bevallings hanteer en in die studie ingesluit is.

HOOFSTUK 4

DATA-ANALISE: BEVINDINGS

4.1 Inleiding

Die doel van data-analise is om deur middel van 'n sistematiese verwerking van gegewens dit sinvol en verstaanbaar aan te bied (Uys *et al.*, 1991:117). Volgens hierdie outeurs is die data-analise net so 'n belangrike stap in die navorsingsproses as die bepaling van die ontwerp, metodes en tegnieke.

Volgens Mouton (2001:108) maak die analise van data dit verder moontlik om die verhouding tussen konsepte of veranderlikes te ondersoek om vas te stel of daar enige patroon of tendens geïdentifiseer kan word. Sodoende kan temas in die data geïdentifiseer word om dan eie resultate en bevindings volgens bestaande teoretiese modelle te interpreteer.

In hierdie hoofstuk word die resultate aangebied en geïnterpreteer. Die gedetailleerde bespreking en gevolgtrekkings word in hoofstuk 5 uiteengesit. Hierdie hoofstuk is in 'n logiese volgorde gestruktureer volgens die doelwitte gestel in Hoofstuk 1 (Garbers, 1996: 374).

4.2 Metode van data-analise

Soos genoem in Hoofstuk 3 onder 3.2.1 is hierdie studie hoofsaaklik kwantitatief van aard met 'n kleiner kwalitatiewe komponent. Kwantitatiewe en kwalitatiewe data word deur verskillende metodes ontleed. Daar is dus twee tipes data-analise betrokke, naamlik:

- 'n beskrywende analise waar kwantitatiewe data, wat verkry is uit die vraelyste en kontrolelyste, in persentasievorm verwerk is en deur middel van grafieke en tabelle voorgestel word en

- ❑ die analise van kwalitatiewe informasie wat verkry is deur die onderhoude wat gevoer is, asook aanbevelings en kommentaar van die respondente wat die vraelyste voltooi het. Die navorser het ook addisionele inligting aangeteken tydens die nie-deelnemende observasie van die bevallings en hegtings en hierdie inligting word aangedui waar van toepassing. Tesse model (De Vos, 1998:343) is gebruik, soos reeds bespreek in Hoofstuk 3 onder 3.2.7.

4.3 **Kwantitatiewe data**

Kwantitatiewe data is numeries geanaliseer deur middel van statistieke. Die doel van statistieke is om:

- ❑ al die kwantitatiewe data op te som;
- ❑ die navorser te help om die data te ontleed en
- ❑ die bevindings op só 'n wyse weer te gee dat dit maklik geïnterpreteer kan word (Clifford, 1997:136).

Volgens hierdie outeur kan statistieke beskou word as ".....a type of shorthand, giving a synopsis of the data collected in a research study rather than writing every detail....."(Clifford, 1997:136).

In hierdie afdeling is die kwantitatiewe data van die vraelyste en twee kontrolelyste per hand ontleed, asook met behulp van die EXCEL (MSOffice) program. Vir die doel van hierdie navorsingsverslag word die persentasies wat ter sprake is in die teks na die naaste heelgetal afgerond om bespreking te vergemaklik.

Die kwalitatiewe data, wat verkry is deur middel van oop vrae en waar die respondente kommentaar en/of aanbevelings op die vraelys moes aanbring, is saam met die kwalitatiewe data, verkry deur middel van die onderhoude in 4.4, ontleed.

4.3.1 *Vraelys aan verpleegkundiges*

Die betroubaarheid van die resultate verkry deur middel van die analise hou direk verband met die kwaliteit van die navorsingsinstrument, maar ook met die kwaliteit van die dataversameling.

Die betrokke verpleegkundiges is mondelings, sowel as skriftelik deur middel van 'n dekbrieff wat deel vorm van die vraelys, daarop gewys dat die sukses van die navorsing grootliks deur hul insette bepaal word. Elkeen is versoek om die korrekte inligting te verskaf en hul eerlike mening te gee. Die versekering is aan die respondente gegee dat alle inligting vertroulik hanteer sal word en slegs vir navorsingsdoeleindes gebruik word.

'n Totaal van vyftig vraelyste is gegee aan al die verpleegkundiges wat aan diens was op die ewekansig geselekteerde dae in die onderskeie geselekteerde gesondheidsinstellings tussen 01 April 2002 en 31 Julie 2002. Die verpleegkundiges het diegene ingesluit wat bevallings hanteer het en perineale wonde geheg het, hetsy studente in opleiding, of geregistreerde vroedvroue.

Volgens De Vos (1998:153) ervaar die persoon wat die vraelys voltooi 'n groter mate van anonimiteit en is meer geneig om die vrae eerlik te beantwoord as tydens 'n onderhoud wat van aangesig tot aangesig plaasvind. Die navorser het egter bevind dat verpleegkundiges in die algemeen óf nie gretig was om aan die navorsingsprojek blootgestel te word nie, óf nie die belang van die navorsing ingesien nie. Van die verpleegkundiges was huiwerig om die vraelyste te voltooi, ten spyte daarvan dat elkeen verseker is dat die inligting vertroulik is en slegs vir navorsingsdoeleindes gebruik sal word. Die navorser het opgemerk dat hierdie groep meestal:

- slegs die antwoorde afgemerk het en feitlik geen kommentaar gelewer of aanbevelings gemaak het nie; óf

- ❑ die vraelyste laat wegraak het; óf
- ❑ van diens af gegaan het en nie die vraelyste ingehandig het nie, hetsy voltooid of onvoltooid.

Die ander verpleegkundiges het wel 'n positiewe bydrae gelewer.

Vyf vraelyste het verlore geraak en kon nie opgespoor word nie, wat effektief dui op 'n terugontvangs van 90%. Clifford (1997:118) maak melding dat die persentasie van terugvoer gewoonlik hoër is wanneer vraelyste persoonlik uitgegee word as wanneer dit gepos word. Volgens hierdie outeur is 'n terugontvangs van 75 tot 80% 'n aanvaarbare resultaat. Die navorser se terugontvangs van 90% is dus voldoende.

Die rede vir die hoë persentasie van terugontvangs is moontlik toe te skryf aan die volgende:

- ❑ Die navorser het die vraelyste met aankoms by elke gesondheidsinstelling uitgedeel aan al die verpleegkundiges aan diens en met vertrek verseker dat al die vraelyste terugontvang is.
- ❑ Die navorser het deurgaans rekord gehou van die verpleegkundiges wat vraelyste ontvang en teruggegee het by die onderskeie gesondheidsinstellings. Die vraelyste kon dus redelik maklik opgespoor word.
- ❑ Die wyse waarop die respondente betrek is kon bygedra het tot die hoë persentasie van terugontvangs. Om 'n hoë persentasie van terugontvangs te verseker, beveel Clifford (1997:119) aan dat die etiese dimensie, sowel as die belang van die studie en dus die insette van elke individu wat die vraelys voltooi, vooraf met elke respondent bespreek moet word, hetsy skriftelik deur middel van 'n dekbrieff aan die respondent, óf mondelings. Die navorser het wel 'n skriftelike brief ter verduideliking aangeheg, maar

ook elke respondent mondelings ingelig van die belang daarvan dat die vraelys volledig voltooi en wel terugbesorg moet word.

4.3.1.1 Persoonlike en professionele besonderhede (vraag 1- 9)

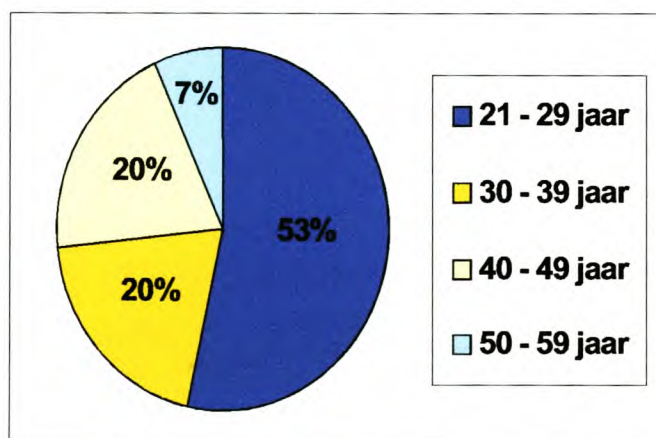
Die inligting verkry uit hierdie vrae hou verband met die respondente se biografiese inligting wat gerig is op die tipe opleiding van elke individuele verpleegkundige wat die vraelys voltooi het. Die doel is om 'n profiel saam te stel van die verpleegkundiges werksaam in die kraamsale en om hul kennis te toets betreffende die voorkoming en hantering van perineale trauma.

Figuur 4.1 dui die **ouderdom** van die verpleegkundiges aan wat betrokke in die studie was. Die grootste aantal respondente (n=24 of 53%) is in die ouderdomsgroep 20-29 jaar. Soos bespreek in Hoofstuk 3 onder 3.2.3.2 is al die verpleegkundiges wat aan diens was op die betrokke ewekansig geselekteerde dae gevra om die vraelyste te voltooi. Die navorser het dus nie beheer gehad oor die verpleegkundiges wat aan diens was en die vraelyste voltooi het nie.

Dit blyk dat relatief jong verpleegkundiges verantwoordelik is vir die pasiënte se welsyn en belangrike besluite moet neem betreffende die voorkoming van perineale trauma.

FIGUUR 4.1

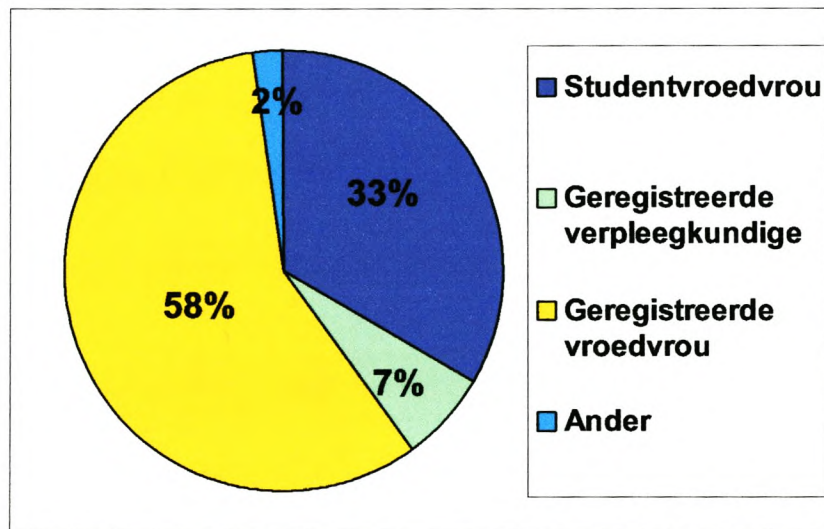
Ouderdom van verpleegkundiges (N=45)



Uit Figuur 4.2, wat die **vlak van opleiding** aantoon, is dit duidelik dat dit meestal geregistreerde vroedvroue (n=26 of 58%) is wat die vraelyste voltooi het.

FIGUUR 4.2

Vlak van opleiding (N=45)



'n Verdere analise van die ouderdomsgroepe van die geregistreerde vroedvroue (n=26), soos voorgestel in Tabel 4.1, toon dat die aantal geregistreerde vroedvroue egter meer versprei is oor die verskillende ouderdomsgroepe.

TABEL 4.1

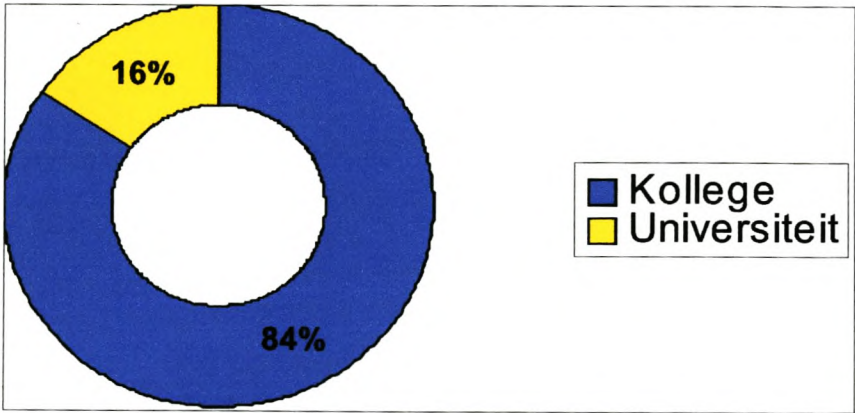
Geregistreeerde vroedvroue se ouderdom in jare (N=26)

Ouderdom in jare	Frekwensie	Persentasie
21-29	8	31
30-39	7	27
40-49	8	31
50-59	3	11
TOTAAL	N = 26	100

Figuur 4.3 toon dat die **instansies vir voorregistrasie-opleiding** hoofsaaklik verpleegkolleges (n=38 of 84%) was. Slegs 16% (n=7) van die respondente het aan 'n universiteit studeer.

FIGUUR 4.3

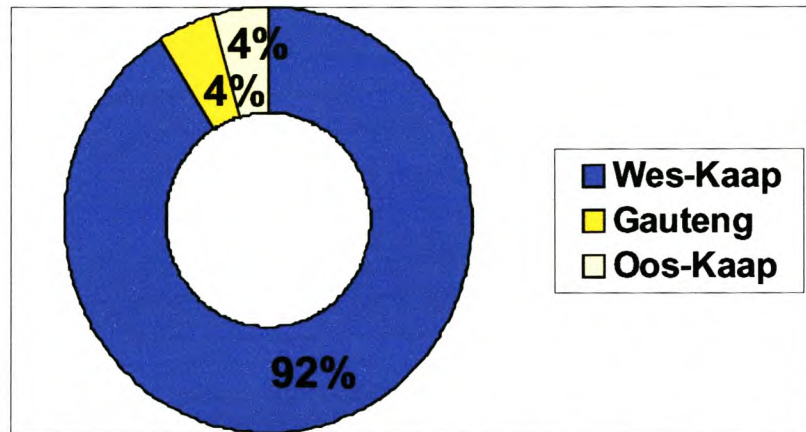
Instansies vir voorregistrasie-opleiding (N=45)



Uit Figuur 4.4 blyk dit dat uit al die **provinsies**, die meeste respondente (n=41 of 92%) hul voorregistrasie-opleiding in die Wes-Kaap voltooi het.

FIGUUR 4.4

Provinsies vir voorregistrasie-opleiding (N=45)



Die **aard van opleiding**, soos uiteengesit in Figuur 4.5, verwys na die tipe kwalifikasie wat verwerf is, dit wil sê 'n diploma, graad of sertifikaat.

Die aantal diplomas (n=37) sluit die volgende in:

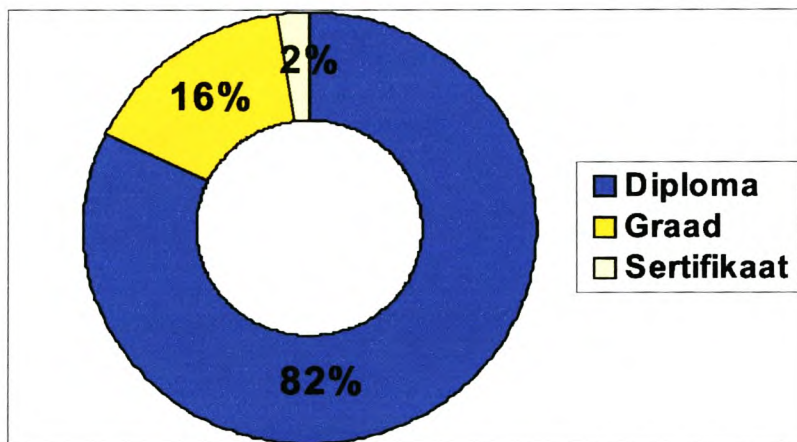
- oorbruggingsdiploma vir stafverpleegkundiges (n=3 of 8%);
- geïntegreerde diploma (Algemeen, Gemeenskapsverpleegkunde, Psigiatrisse Verpleegkunde en Verloskunde) (n=26 of 70%);
- diploma (Algemeen en Verloskunde) (n=1 of 3%) en
- diploma (Algemeen) (n=7 of 19%).

Die sertifikaat verwerf behels die vroedvroue wat ingeskryf is volgens Regulasie 1740 van 29 September 1972 soos gewysig.

Weens die omvang van die studie en die doelwitte wat gestel is, is daar geen onderskeid getref tussen die opleiding van graad- en diplomastudente nie. Die rede vir die insluiting van hierdie inligting is om slegs die probleemareas te identifiseer om sodoende aanbevelings te kan maak.

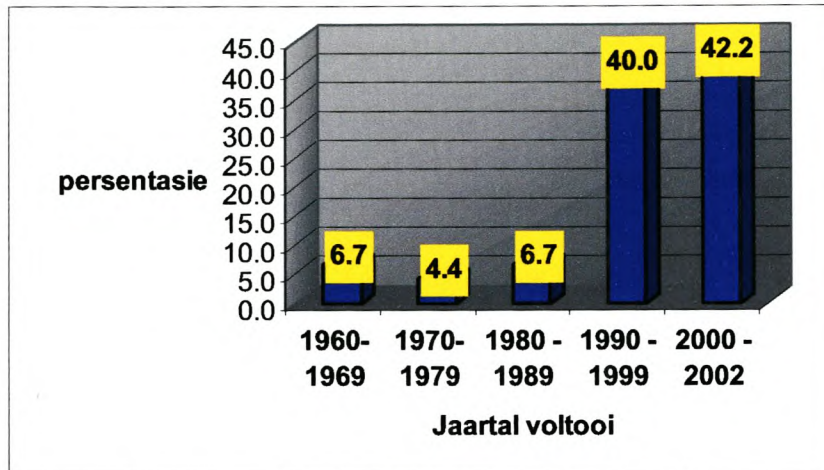
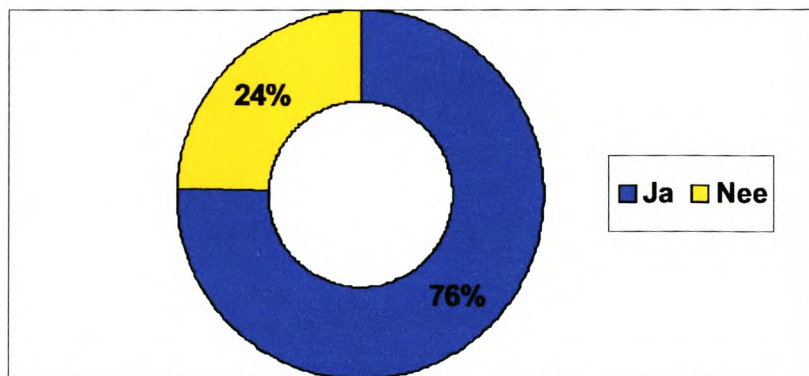
FIGUUR 4.5

Aard van opleiding (N=45)



Die grootste persentasie van die verpleegkundiges het hul **voorregistrasie-opleiding voltooi** gedurende die negentigerjare ($n=18$ of 40%) en sedert 2000 het 19 persone (42%), soos uiteengesit in Figuur 4.6, hul opleiding voltooi.

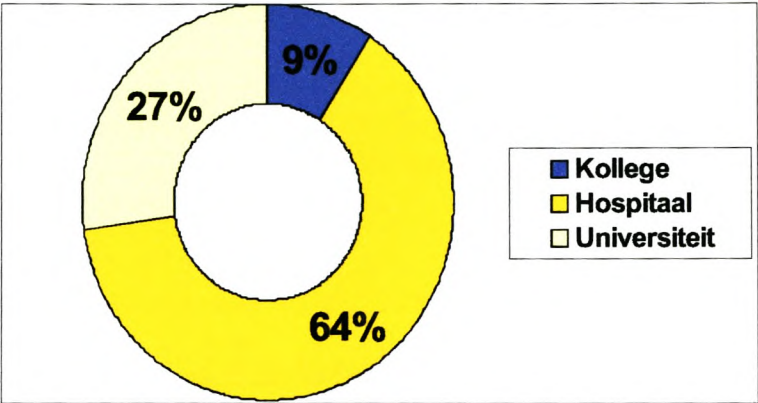
Soos uiteengesit in Figuur 4.7, het die meeste verpleegkundiges **verloskunde** tydens hul voorregistrasie-opleiding voltooi ($n=34$ of 76%).

FIGUUR 4.6**Jaar opleiding voltooi (N=45)****FIGUUR 4.7****Voorregistrasie-verloskunde (N=45)**

Die **na-registrasie verloskunde** wat by die betrokke universiteit aangebied word, soos uiteengesit in Figuur 4.8, sluit diegene in wat die oorbruggingskursus voltooi het en verloskunde vir nie-graaddoeleindes doen (n=3 of 27%).

FIGUUR 4.8

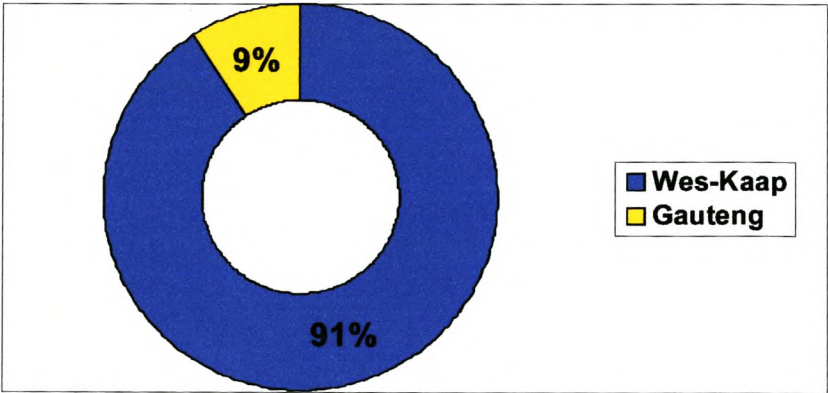
Na-registrasie verloskunde: instansies (N=11)



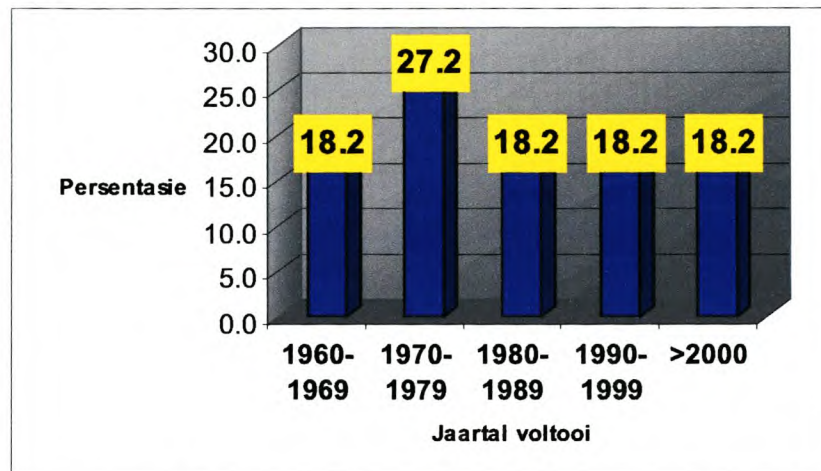
Soos verduidelik in Figuur 4.9, is ook die na-registrasie verloskunde hoofsaaklik in die Wes-Kaap voltooi.

FIGUUR 4.9

Na-registrasie verloskunde: provinsie (N=11)



Figuur 4.10 toon die **jaar** aan wat die betrokke respondente hul na-registrasie verloskunde-opleiding voltooi het.

FIGUUR 4.10**Na-registrasie verloskunde: jaar voltooi (N=11)**

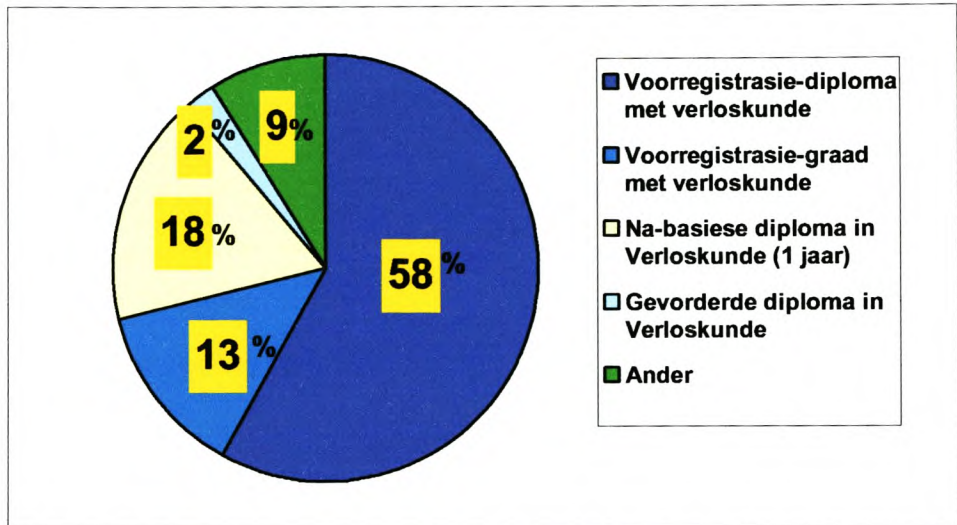
Figuur 4.11 dui die respondente se **hoogste verloskundige kwalifikasies** aan. Die 'Ander'-kategorie (n=4 of 9%) waarna verwys word, sluit in die ingeskrewe vroedvroue volgens Regulasie 1740 van 29 September 1972 soos gewysig (n=1), asook diegene wat die oorbruggingskursus voltooi het en verloskunde vir nie-graaddoeleindes by die betrokke universiteit gedoen het (n=3).

Figuur 4.12 dui die **aantal jare** aan wat die respondente reeds in 'n kraamsaal **werksaam** is. Dit blyk dat die meeste verpleegkundiges (n=23 of 51%) minder as een jaar kraamsaal ondervinding het. In Figuur 4.1 is ook melding gemaak dat die meeste verpleegkundiges jonger as dertig jaar is.

Dit kom dus voor asof die verpleegkundiges relatief jonk, maar ook onervare is en belangrike besluite moet neem betreffende die voorkoming en/of hantering van perineale trauma.

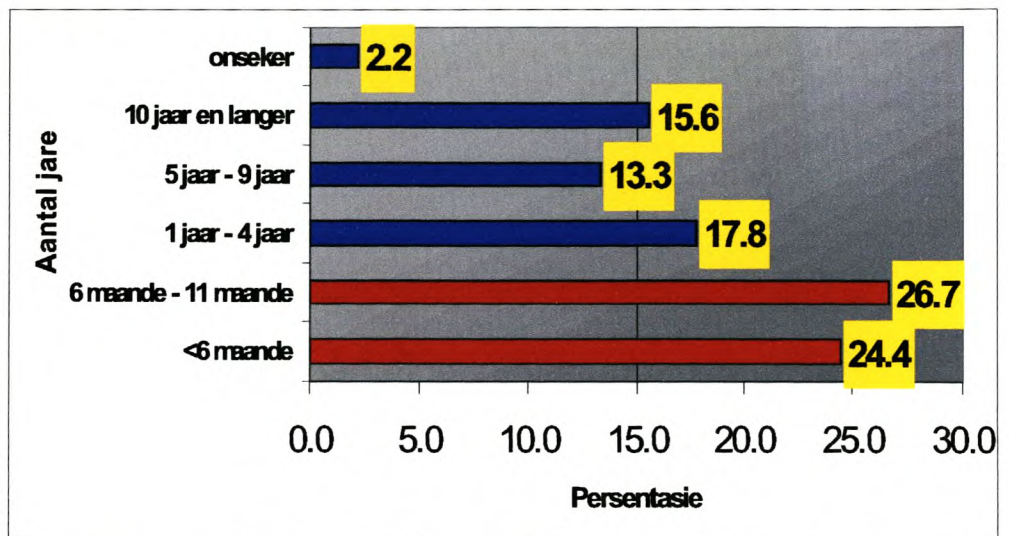
FIGUUR 4.11

Hoogste verloskundige kwalifikasies (N=45)



FIGUUR 4.12

Jare werksaam in kraamsaal



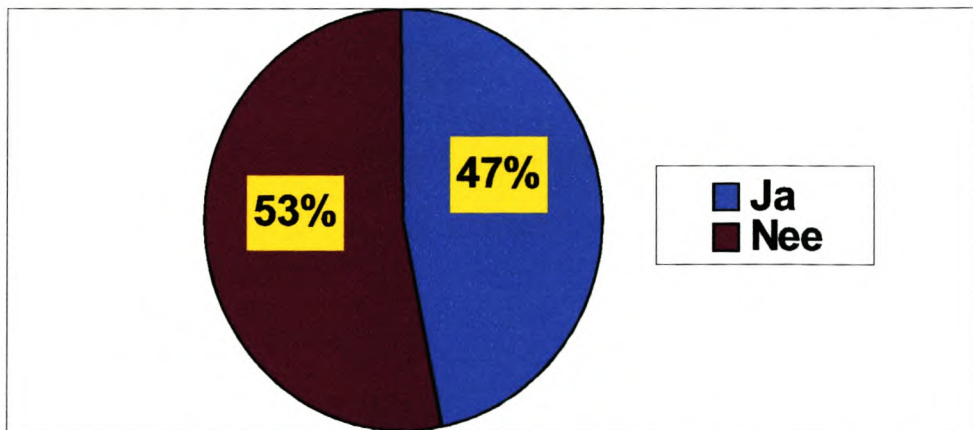
Figuur 4.13 toon dat 47% (n=21) van die respondente se verloskunde **diensjare onderbroke** was, waarvan 80% (n=12) van die verpleegstudente se verloskunde plasing tans onderbroke is. Verdere navrae toon 'n algemene gevoel onder studente dat hul verloskunde opleiding aaneenlopend behoort te wees.

Die redes vir onderbreking van diensjare of plasing was as volg:

- Wisselende plasing weens voorregistrasie-opleiding (n=12 of 57%).
- Getroud en kinders grootgemaak (n=3 of 14%).
- Verdere studies (n=2 of 10%).
- Werkzaam in ander spesialiteitsrigtings (n=4 of 19%).

FIGUUR 4.13

Diensjare onderbroke (N=45)



Volgens Figuur 4.14 het 13% (n=6) van die verpleegkundiges aangedui dat hul huidige plasing in die kraamsaal nie hul **voorkeurkeuse** is nie.

Die redes wat aangevoer was, is as volg:

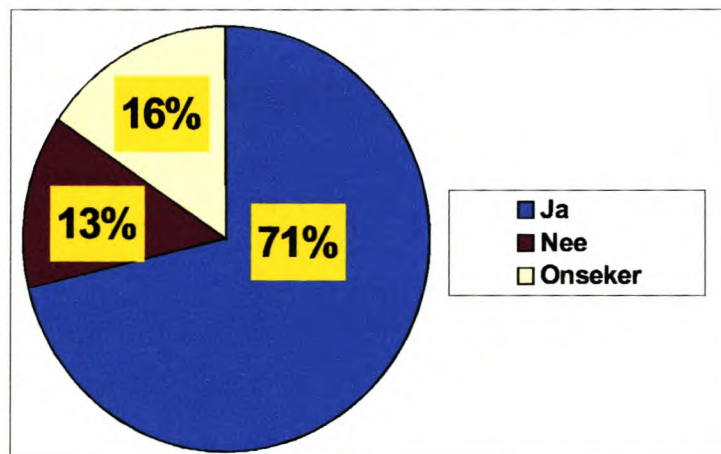
- Verpligte plasing vir opleidingsdoeleindes (n=4).
- Hou nie van die vakgebied nie (n=1).
- Toevallig in die kraamsaal geplaas (n=1).

Dit is interessant om op te merk dat 50% (n=3) van hierdie betrokke verpleegkundiges ook gevoel het dat hul huidig nie bevoeg is betreffende die knip van episiotomies, of die hegting van perineale wonde nie.

Ekstrinsieke faktore, soos opleiding en praktiese blootstelling, is belangrik om vaardigheid aan te leer, maar intrinsieke faktore, soos motivering, speel dus ook 'n rol in die uiteindelijke vaardigheidstatus van die individuele verpleegkundige.

FIGUUR 4.14

Huidige plasing voorkeurkeuse (N=45)



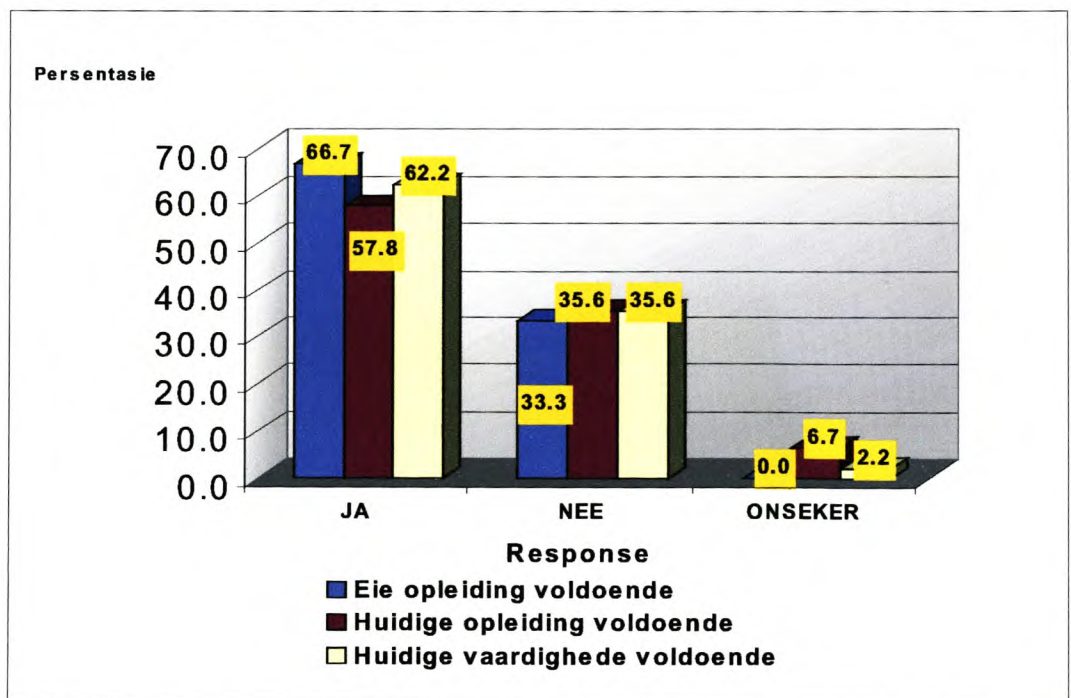
Betreffende die **knip van episiotomies**, het 33% (n=15) van die respondente hul eie opleiding nie as voldoende beskou nie. Hierdie persone sluit die drie verpleegkundiges in wat vóór 1974 hul verloskunde opleiding voltooi het,

soos uiteengesit in Figuur 4.15. Vóór 1974 was die knip en hegting van episiotomies en eerste- en tweedegraadse skeure nie deel van die studentvroedvrou se opleiding nie. Hierdie situasie kan verbeter word deur die implementering van indiensopleidingsprogramme aan diegene wat sedertdien nog nie vaardig geraak het nie.

Betreffende die huidige opleiding, het slegs 58% (n=26) van die respondente aangedui dat die huidige opleiding voldoende is. Hierdie situasie kan verbeter word deur die huidige voorregistrasie-opleidingsprogramme aan te pas.

FIGUUR 4.15

Opleiding betreffende knip van episiotomie (N=45)



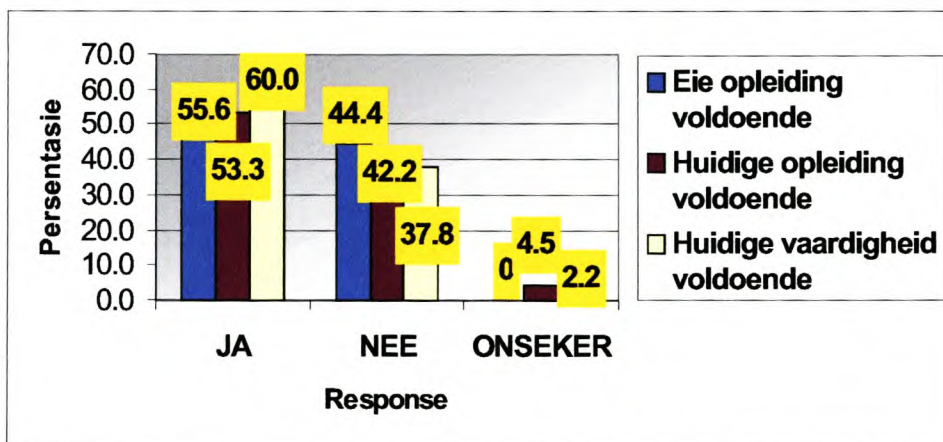
Soos verduidelik in Figuur 4.16, het slegs 56% van die respondente (n=25) aangedui dat hulle **opleiding betreffende hegting** voldoende was.

Slegs 53% (n=24) het aangedui dat die huidige opleiding voldoende is.

Dit is belangrik om daarop te let dat dit met die implementering van Regulasie 1886 van 18 Oktober 1974, vir die eerste keer die verantwoordelikheid van die geregistreerde vroedvrou geword om episiotomies te heg en opleiding daarna aangepas is.

FIGUUR 4.16

Opleiding betreffende hegting van perineale wonde (N=45)



Verdere ontleding van al die respondente (N=45) se **individuele opinies** betreffende die knip en hegting van episiotomies word verduidelik in Figuur 4.17 en Figuur 4.18. Vier kategorieë is geïdentifiseer:

- Die ideale situasie sal wees indien die meerderheid verpleegkundiges van mening is dat hul **opleiding asook huidige vaardigheid voldoende** is. Betreffende die knip van episiotomies en die hegings, het onderskeidelik 42% (n=19) en 33% (n=15) van die respondente aangetoon dat hulle opleiding voldoende was en hul huidige vaardigheid voldoende is betreffende hierdie twee prosedures. Die

navorser is van mening dat hierdie onderskeie persentasies verhoog kan word met aangepaste opleidingsprogramme.

- Die tendens dat die **opleiding voldoende** is, **maar** dat persone hulself **nog nie as vaardig** beskou nie, kan verwag word by studente, aangesien hulle nog in opleiding is. Betreffende die knip van episiotomies en die hegtings, het onderskeidelik 16% (n=7) en 11% (n=5) van die respondente aangetoon dat hul opleiding wel voldoende was, maar dat hul vaardigheid nie voldoende is nie. Die navorser het bevind dat hierdie kategorie wel slegs studente ingesluit het. Betreffende die knip van 'n episiotomie, was twee van die respondente wat gevoel het dat hul vaardigheid nie voldoende is nie, egter geregistreerde vroedvroue.
- Die kategorie wat aandui dat hul **opleiding onvoldoende** was, maar dat hul **huidig bevoeg** is, dui daarop dat hierdie verpleegkundiges self verantwoordelik was om hulself vaardig te kry ná registrasie as vroedvrou by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging. Betreffende die knip van episiotomies en die hegtings, het onderskeidelik 11% (n=5) en 13% (n=6) van die respondente aangetoon dat hul opleiding onvoldoende was, maar dat hul huidig wel vaardig voel betreffende die twee prosedures.

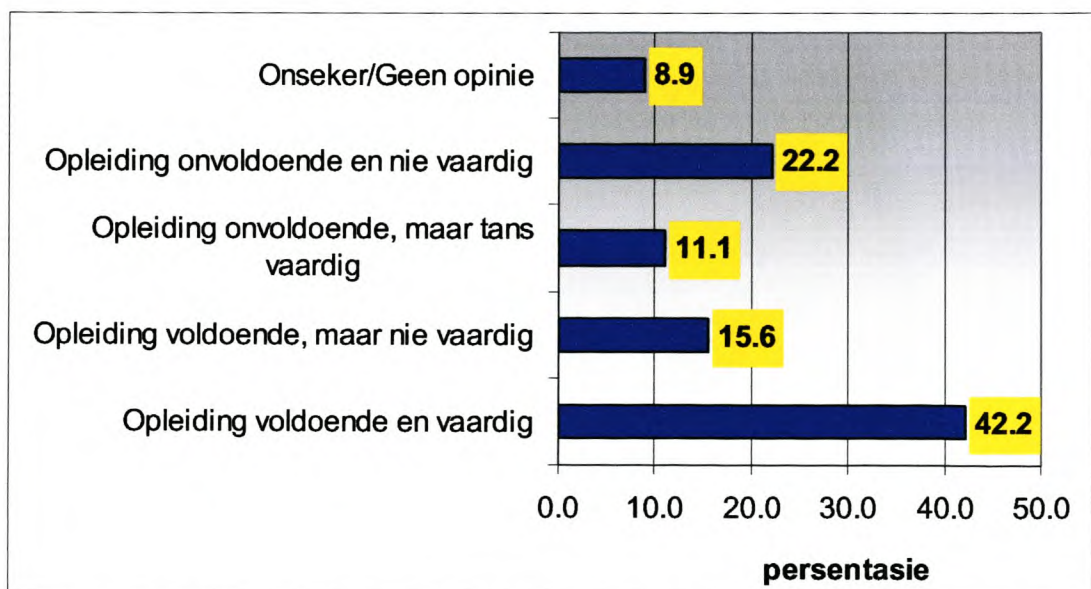
'n Verdere ontleding toon dat 18% (n=8) van die respondente wat tussen een en vier jaar kraamsaal ondervinding het, soos verduidelik in Figuur 4.12, geregistreerde vroedvroue is. Al hierdie verpleegkundiges het aangedui dat hul vaardigheid betreffende die knip van 'n episiotomie voldoende is. Sewe van hierdie verpleegkundiges (88%) voel vaardig betreffende die hegting van 'n episiotomie. Hieruit kan afgelei word dat verpleegkundiges wel meer vaardig word namate hulle in die kraamsaal werk. Dit is nie die ideaal dat 'n vroedvrou eers ná registrasie vaardig word in 'n spesifieke prosedure nie. Dit is onbillik teenoor die pasiënt, maar

ook teenoor die verpleegkundige én studente wat opgelei moet word. In die praktyk is dit egter die tendens dat geregistreerde vroedvroue, wat werkzaam is in kraamsale, baie jonk en onervare is en dikwels eers ná registrasie vaardig word betreffende sekere aspekte van verloskunde.

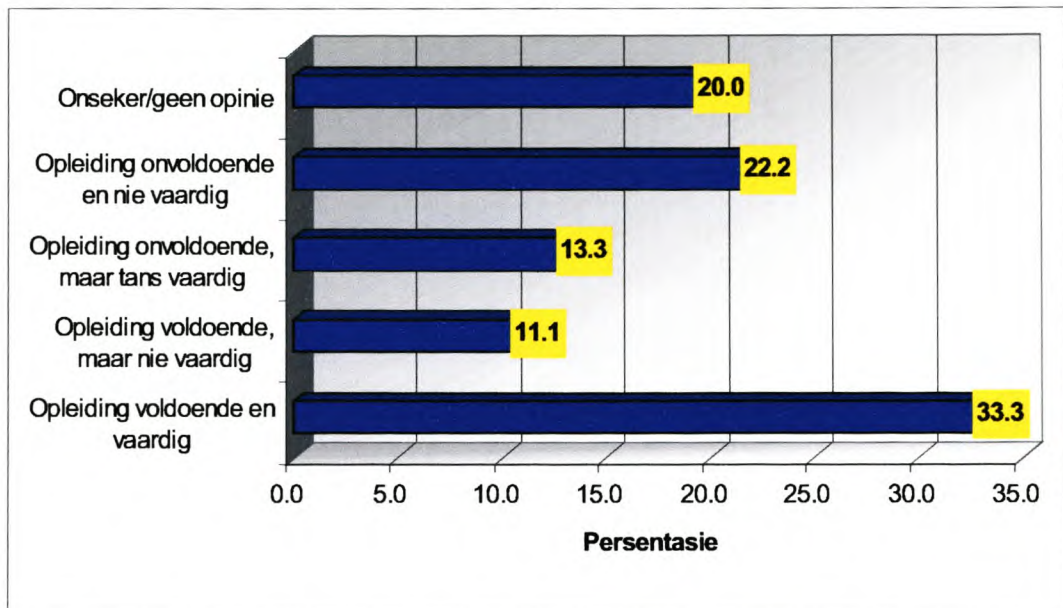
- Diegene wat hul **opleiding as onvoldoende** beskou het en **tans ook nie vaardig** voel betreffende die knip van 'n episiotomie en hegtings nie, is 'n kommerwekkende situasie. Dit dui op 'n gebrek aan individuele verantwoordelikheid en moontlik ook motivering. Betreffende die knip én hegting van 'n episiotomie het 22% (n=10) van die verpleegkundiges aangedui dat hul opleiding onvoldoende was, maar dat hulle ook nie tans vaardig is nie.

FIGUUR 4.17

Ontleding betreffende knip van episiotomie (N=45)



FIGUUR 4.18

Ontleding betreffende hegting van episiotomie (N=45)

4.3.1.2 Spesifieke inligting betreffende perineale wonde (vraag 10 – 24)

Hierdie vrae was daarop gerig om die verpleegkundiges se kennis te bepaal betreffende die hantering van bevallings om sodoende perineale skeure te voorkom, asook hul kennis te toets betreffende perineale trauma en die hegting daarvan.

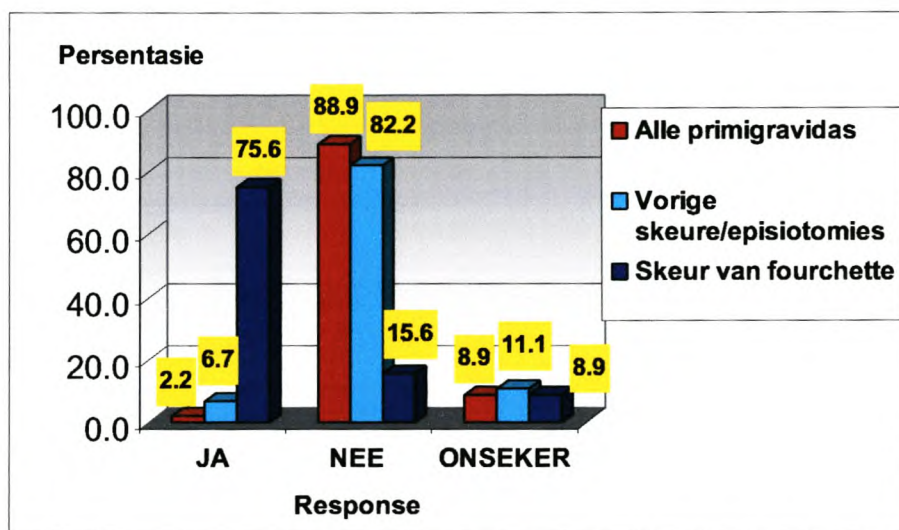
Figuur 4.19 toon dat 89% (n=40) van die verpleegkundiges oortuig was dat episiotomies nie as 'n **standaardprosedure** vir primigravidas geknip moet word soos gedurende die tagtigerjare gedoen was nie. 'n Verdere 82% (n=37) van die respondente was ook van mening dat dit ook nie nodig is vir 'n episiotomie indien 'n pasiënt vorige skeure en/of 'n episiotomie gehad het nie.

Altesaam 76% (n=34) van die verpleegkundiges het die skeuring van die fourchette beskou as 'n belangrike indikasie vir 'n episiotomie. Hierdie siening word ondersteun deur Sellers (1998:540), wat bevestig dat dit moeilik

is om te bepaal of die perineum 'n eerste- of tweedegraadse skeur gaan opdoen en of daar 'n episiotomie geknip moet word om spesifiek tweede- of derdegraadse skeure te voorkom.

FIGUUR 4.19

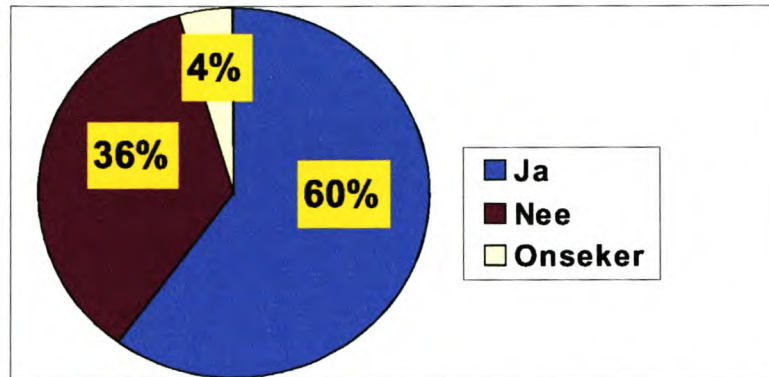
Episiotomies as standaardprosedure (N=45)



Figuur 4.20 dui aan dat 60% (n=27) van die verpleegkundiges se siening ooreenstem met dié van Theron (1998, eenheid 9:5) naamlik dat 'n **episiotomie so ver moontlik vermy** moet word en dat 'n tweedegraadse skeur wensliker as 'n episiotomie is. Slegs 36% (n=16) van die respondente sal 'n episiotomie knip vir moederlike of fetale indikasies.

Die navorser wil beklemtoon dat dit dikwels 'n kombinasie van hoë risikofaktore is wat 'n aanduiding vir 'n episiotomie is en nie slegs die toestand van die perineum nie.

FIGUUR 4.20
Episiotomie so ver moontlik vermy (N=45)



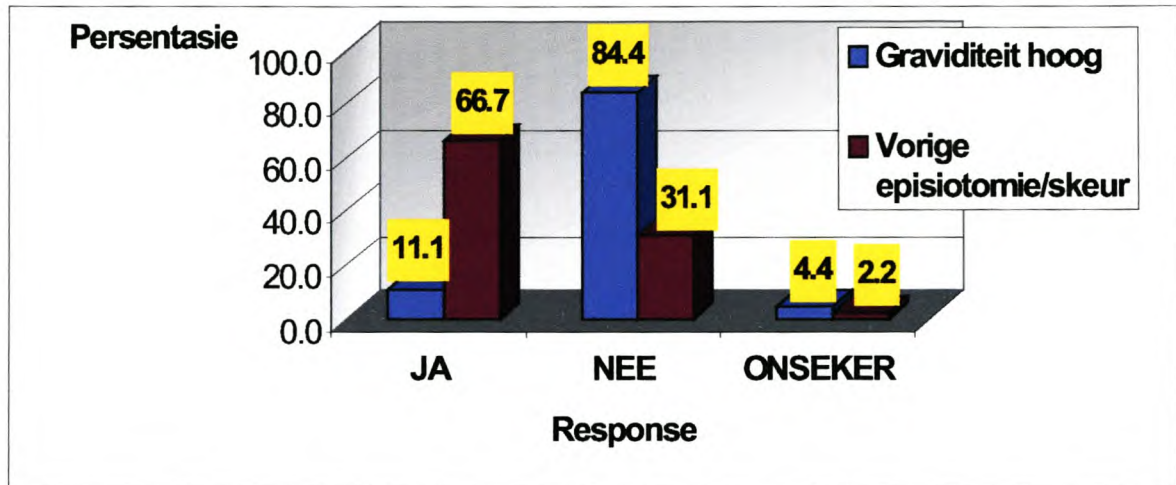
Betreffende **risikofaktore** wat verband hou met die moeder se geskiedenis, word in Figuur 4.21 uiteengesit dat 67% (n=30) van die verpleegkundiges **vorige episiotomies en/of skeure** wel as 'n risikofaktor identifiseer, maar dat slegs 7% (n=3) van die verpleegkundiges aangetoon het dat 'n episiotomie 'n standaardprosedure behoort te wees vir vorige episiotomies en/of skeure, soos verduidelik in Figuur 4.19. Dit wil voorkom asof verpleegkundiges nie insig toon wanneer hulle hul kennis in die praktyk toepas nie. Slegs 11% (n=5) van die verpleegkundiges het aangedui dat **hoë graviditeit** 'n bydraende faktor vir perineale skeure is.

Die volgende ses paragrawe verwys na die risikofaktore wat verband hou met kraam:

- 'n **Verlengde eerste stadium** kan moederlike uitputting en gevolglike fetale nood tot gevolg hê wat dringende verlossing van die baba noodsaak. Perineale trauma, hetsy 'n episiotomie of perineale skeure is 'n algemene gevolg. In Figuur 4.22 dui slegs 27% (n=12) van die verpleegkundiges aan dat 'n verlengde eerste stadium van kraam as 'n risikofaktor vir perineale trauma beskou word.

FIGUUR 4.21

Risikofaktore vir perineale skeure wat verband hou met geskiedenis
(N=45)



- Al die verpleegkundiges het 'n **ongekontroleerde verlossing** beskou as 'n hoë risikofaktor. Tydens die nie-deelnemende observasie van die bevallings het 91% (n=41) van die verpleegkundiges wel die fetale skedel gekontroleerd verlos, terwyl slegs 49% (n=21) die lyfie van die baba ongekontroleerd verlos het. Die navorser het die indruk gekry dat 'n verlossing as gekontroleerd beskou word indien die fetale skedel gekontroleerd verlos word en dat die gekontroleerde verlossing van die lyfie nie as ewe belangrik beskou word nie.
- Slegs 56% (n=25) van die verpleegkundiges het aangedui dat 'n **verlengde tweede stadium** van kraam aanleiding kan gee tot perineale skeure. Die tweede stadium van kraam kan egter dramaties verkort word indien 'n episiotomie geknip word.
- In teenstelling met Sellers (1998:539), het 9% (n=4) van die verpleegkundiges aangedui dat fetale **wanposisies** nie as 'n risikofaktor

vir perineale skeure beskou word nie. Hierdie siening kan moontlik wees as gevolg van vorige ervaring waar die baba byvoorbeeld in 'n oksipito-posterior-posisie verlos is sonder enige komplikasies. Tydens die twee bevallings wat die navorser geobserveer het waar 'n fetus in die oksipito-posterior-posisie was, het ook nie een van die pasiënte perineale trauma opgedoen nie, hetsy 'n skeur of 'n episiotomie.

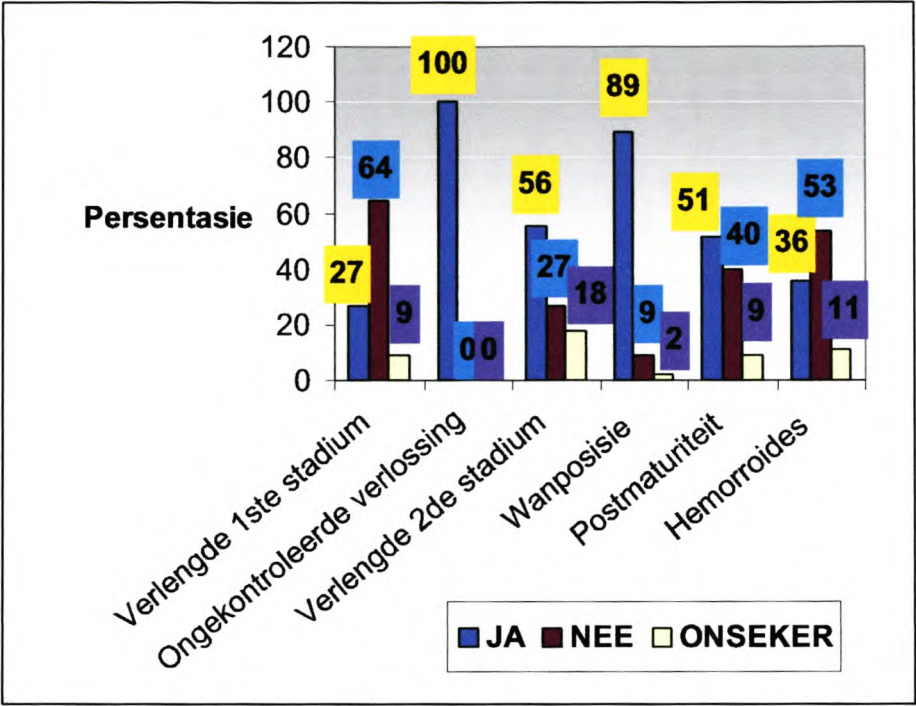
- Volgens Sellers (1993:539) is **postmaturiteit** dikwels die oorsaak vir groot babas wat perineale skeure tot gevolg mag hê. Dit is interessant dat slegs 51% (n=23) van die verpleegkundiges postmaturiteit as 'n risikofaktor vir perineale trauma beskou het.
- Uit Figuur 4.22 blyk dit dat 36% (n=16) van die verpleegkundiges van mening was dat die teenwoordigheid van **hemorroïdes** 'n risikofaktor vir perineale skeure is.

Die volgende drie paragrawe verwys na risikofaktore wat verband hou met die perineum:

- In Figuur 4.23 het slegs 36% (n=16) van die verpleegkundiges aangedui dat 'n **mediale episiotomie** 'n bydraende faktor is vir perineale skeure. Dit kan moontlik toegeskryf word daaraan dat mediale episiotomies nie in Suid-Afrika uitgevoer word nie en die verpleegkundiges nie met die risiko's van mediale episiotomies bekend is nie. Figuur 4.19 dui aan dat 16% (n=7) van die verpleegkundiges aangetoon het dat hulle nie 'n episiotomie sal knip wanneer die fourchette begin skeur nie. Die navorser wil egter die belang van mediale episiotomies, asook mediale skeure, wat by die fourchette begin, beklemtoon as hoë risikofaktore vir derdegraadse skeure.
- Sellers (1998:539) is van mening dat 'n **edemateuse perineum** profilakties geknip moet word om erge perineale skeure te voorkom. Hierdie siening is ondersteun deur 67% (n=30) van die respondente.

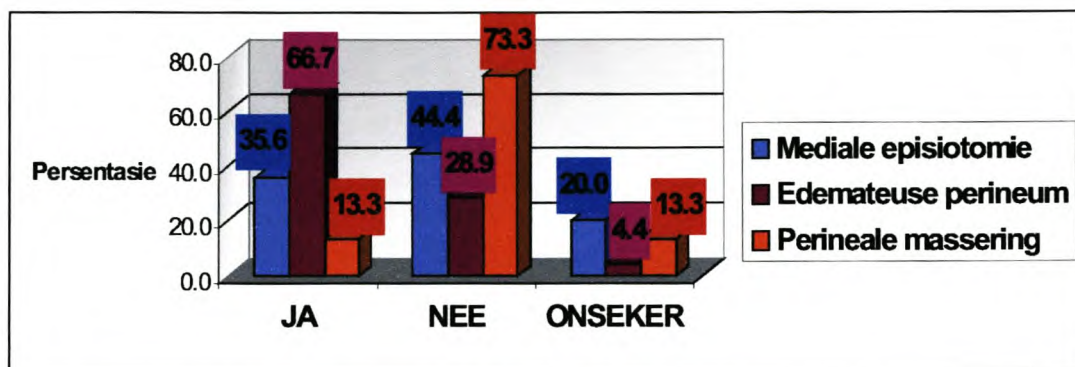
FIGUUR 4.22

Risikofaktore wat verband hou met kraam (N=45)



- Figuur 4.23 toon aan dat 73% van die respondente van mening was dat **perineale massering** nie aanleiding tot skeure gee nie, maar dat skeure voorkom kan word deur perineale massering toe te pas tydens die tweede fase om sodoende geleidelike rekking van die perineum te bevorder. Die navorser is egter van mening dat ongekontroleerde massering deur die onervare verpleegkundige eerder kan bydra tot perineale skeure in plaas daarvan om dit te voorkom. Sellers (1998:541) is ook van mening dat die drukking van die fetale skedel op die perineum voldoende is om die perineum geleidelik te strek en dat perineale massering nie nodig is nie.

FIGUUR 4.23

Risikofaktore wat verband hou met perineale trauma (N=45)

Die respondente is deur middel van 'n oop vraag versoek om aan te dui wat die **belangrikste tekens is dat skeuring van die perineum onvermydelik is** en dat 'n episiotomie uitgevoer behoort te word. Slegs 80% (n=36) van die verpleegkundiges het hierdie vraag voltooi. Die volgende is beskou as die belangrikste aanduidings dat die perineum gaan skeur:

- 'n Stywe, dun, bultende perineum wat blink en bleek voorkom en bloed wat reeds by die vaginale introïtus begin uitsypel (n=27 of 75%). Hierdie bevindings kom ooreen met 76% (n=34) van die verpleegkundiges wat aangetoon het dat 'n episiotomie geknip moet word wanneer die fourchette begin skeur (Figuur 4.19).
- 'n Groot fetale skedel in vergelyking met die vermoë van die perineum om te kan strek.
- Die ander antwoorde was hoofsaaklik gerig op hoë risikofaktore, soos fetale wanposisies, verlengde tweede stadium, edemateuse perineum, swak moederlike samewerking, asook skouerdistosie en tangverlossings, soos reeds verduidelik in Figuur 4.21 tot 4.23.

Volgens Figuur 4.24 het slegs 22% (n=10) van die verpleegkundiges die **anatomiese strukture** wat betrokke is in 'n eerstegraadse skeur korrek aangedui, naamlik die vaginale mukosa, vaginale submukosa en/of die fourchette en vel van die perineum net onder die fourchette.

Twintig (45%) van die verpleegkundiges kon nie korrek tussen eerste- en tweedegraadse skeure onderskei nie. Met verdere ontleding is gevind dat 40% van die betrokke respondente (n=8) geregistreerde vroedvroue was. Die ander 33% (n=15) van die verpleegkundiges was onseker betreffende die betrokke strukture, waarvan 73% (n=11) geregistreerde vroedvroue was. Dit is kommerwekkend dat so 'n hoë persentasie geregistreerde vroedvroue nie teoreties tussen eerste- en tweedegraadse skeure kan onderskei nie, aangesien hulle direk betrokke by die opleiding van studente is. Hierdie siening word deur Sultan *et al.* (2002:99) ondersteun wat melding maak in hul studie in Brittanje dat onderrig in perineale anatomie en hegtings swak is.

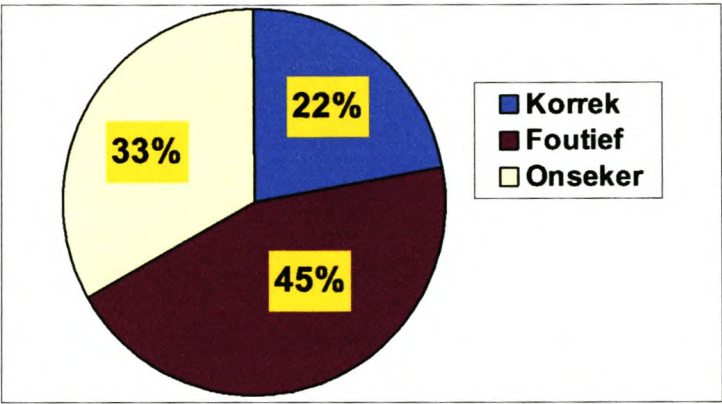
In die lig van bogenoemde bevindings is dit duidelik dat die verskillende perineale skeure duideliker omskryf en geklassifiseer moet word en die kennis oor die tipes perineale skeure tydens opleiding beter vasgelê moet word.

Figuur 4.25 dui die respondente se opinie aan betreffende die **korrekte tydstip om 'n episiotomie te knip**. Van hierdie verpleegkundiges was 62% (n=28) van mening dat die lokale verdowing eers effektief moet wees voordat 'n episiotomie geknip kan word.

Sewe verpleegkundiges (16%) was onseker of 'n episiotomie met die aanvang van 'n kontrakisie geknip word voordat die voorliggende deel sigbaar is. Vier (57%) van hierdie respondente was geregistreerde vroedvroue. Hierdie bevinding beklemtoon die navorser se kommer ten opsigte van die huidige situasie waar vroedvroue, wat die besluite in die kraamsale moet neem, relatief jonk en onervare is en verantwoordelik vir die opleiding van studente is.

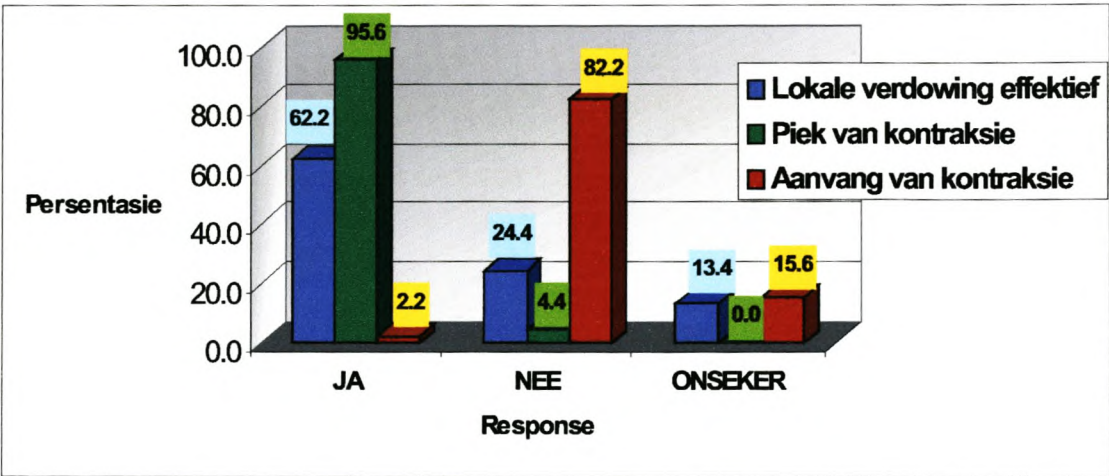
FIGUUR 4.24

Strukture betrokke in eerstegraadse skeur (N=45)



FIGUUR 4.25

Korrekte tydstip om episiotomie te knip (N=45)

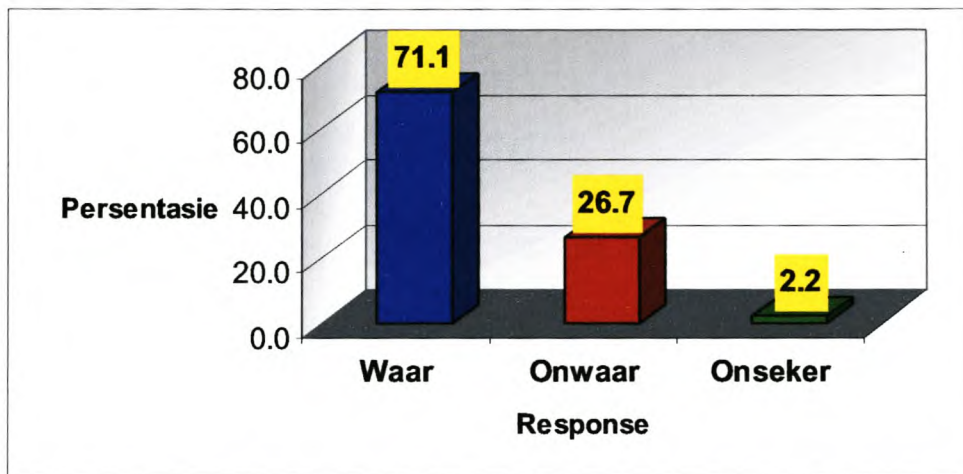


Volgens Figuur 4.26 het 27% (n=12) van die respondente aangedui dat 'n episiotomie nie sonder **lokale verdowing** geknip kan word nie.

Die navorser is van mening dat die moontlikheid groot is dat hierdie respondente in 'n noodsituasie 'n pasiënt eerder sal toelaat om te skeur as om 'n episiotomie te knip óf sonder verdowing, óf voordat die verdowing effektief is.

FIGUUR 4.26

Knip van episiotomie sonder verdowing (N=45)

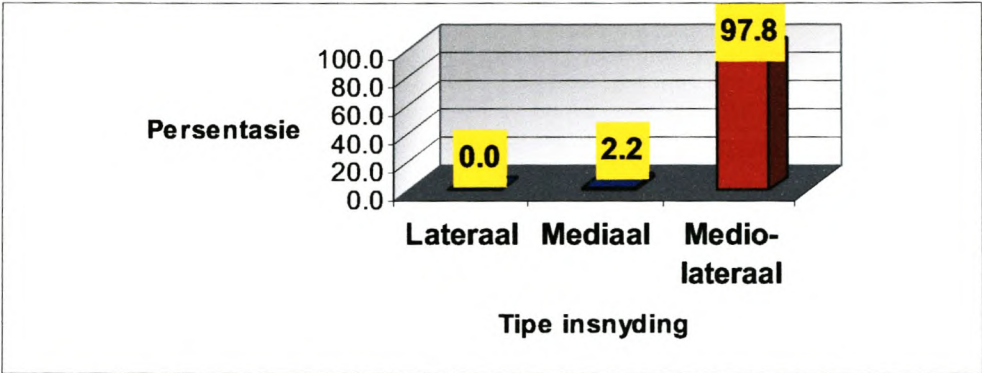


In Figuur 4.27 het 98% (n=44) van die verpleegkundiges aangetoon dat 'n medio-laterale episiotomie die mees algemene **tipe episiotomie** is. Dit is duidelik dat vroedvroue nie J-vormige episiotomies knip nie en beskou dit soos Sellers (1998:549) as "outdated". Kliniese assistente (spesialiste-in-opleiding) by een van die streekshospitale het egter melding gemaak van huidige navorsing wat onderneem word wat die voordele van J-vormige episiotomies ondersoek.

Volgens Sellers (1998:555) behoort die **lengte** van 'n episiotomie ongeveer 4 cm te wees om effektief te wees vir die doel daarvan. Die moontlikheid is groot dat die episiotomie verder sal skeur indien dit nie groot genoeg geknip word nie.

FIGUUR 4.27

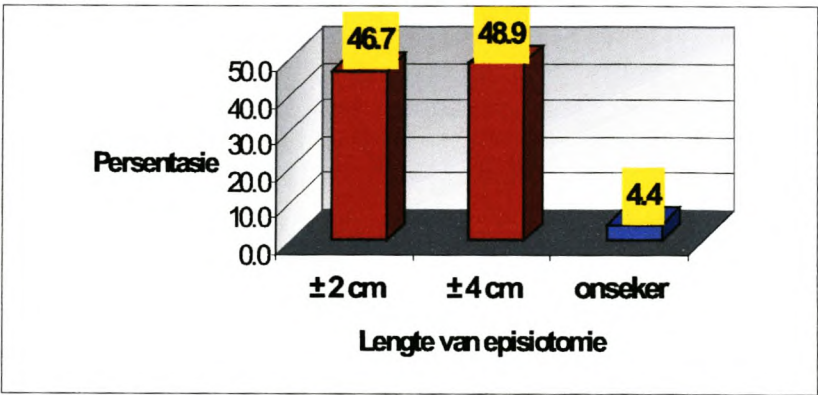
Tipe episiotomie-insnyding (N=45)



Volgens Figuur 4.28 het 49% (n=22) aangedui dat 'n episiotomie ongeveer 4 cm lank geknip moet word en 47% (n=21) was van mening dat 'n insnyding van ongeveer 2 cm lank voldoende is. Dit is duidelik dat daar 'n meningsverskil onder die betrokke respondente is betreffende die ideale lengte van 'n episiotomie.

FIGUUR 4.28

Gemiddelde lengte van episiotomie (N=45)

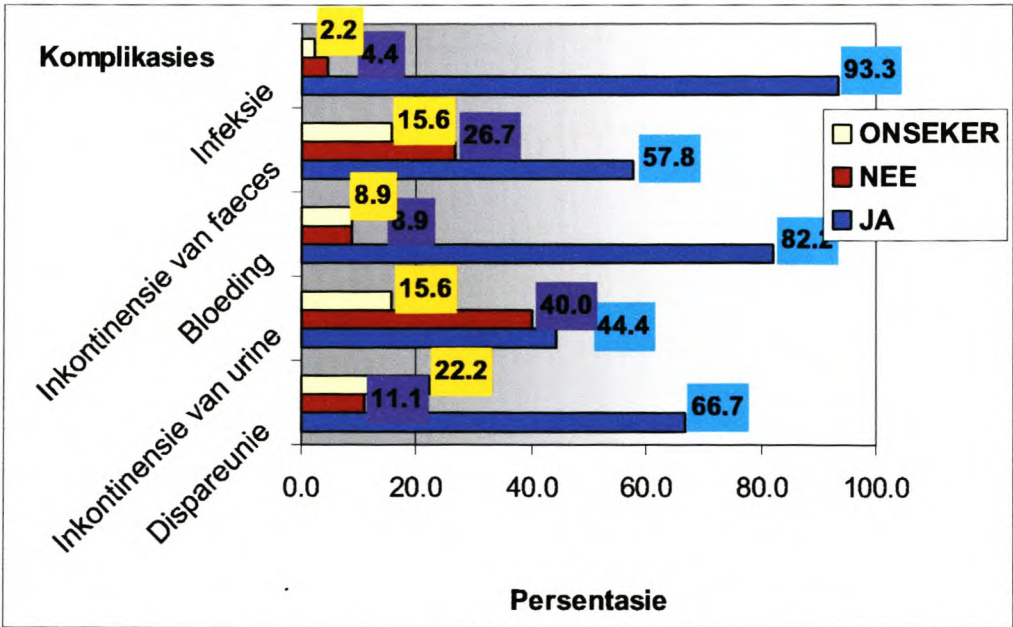


Ten opsigte van **komplikasies van perineale skeure**, is die volgende gevind:

Inkontinensie van urine en faeces is onderskeidelik deur slegs 44% (n=20) en 58% (n=26) van die verpleegkundiges beskou as moontlike komplikasies van perineale skeure. Indien die hoë persentasie ‘Nee’ en ‘Onseker’ antwoorde op die onderskeie vrae in ag geneem word, soos uiteengesit in Figuur 4.29, behoort meer aandag gegee te word aan al die moontlike komplikasies van perineale skeure sodat verpleegkundiges bedag kan wees op die langtermynkomplikasies van perineale skeure vir die pasiënt.

FIGUUR 4.29

Moontlike komplikasies van perineale skeure (N=45)

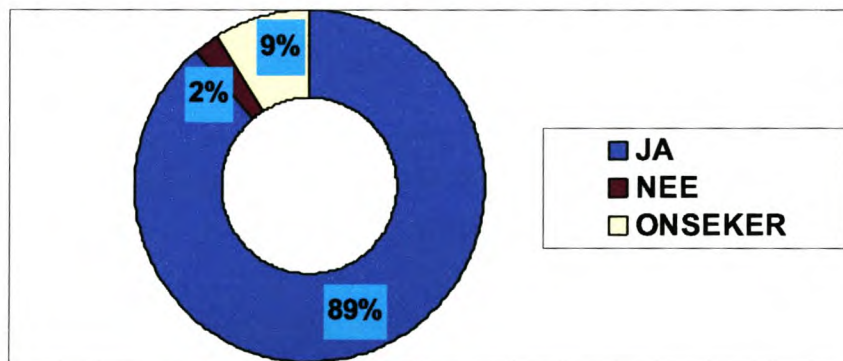


Die volgende behels die respondente se menings betreffende **voorkomende maatreëls** wat deur die verpleegkundige toegepas kan word om perineale skeure te voorkom, óf te verminder:

- Die meerderheid van verpleegkundiges (n=40 of 89%) het saamgestem dat **voorgeboorteklasse** tot die voorkoming, óf vermindering van perineale skeure kan lei, soos uiteengesit in Figuur 4.30. Volgens Sellers (1998:540) is die pasiënt beter ingelig oor die verwagtinge tydens die tweede stadium van kraam en moederlike samewerking gevolglik beter.

FIGUUR 4.30

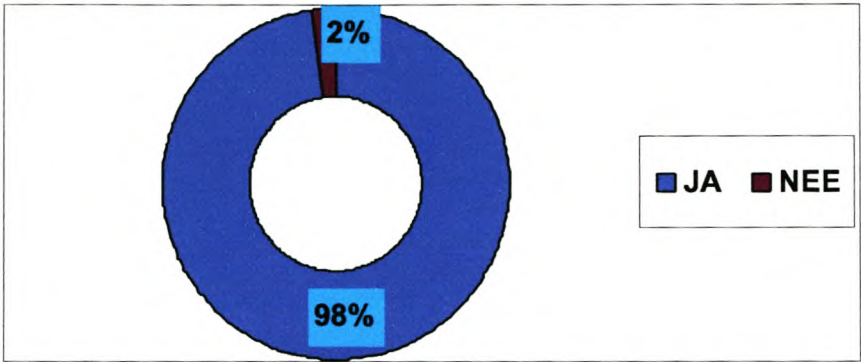
Voorkomende maatreëls: voorgeboorte-klasse (N=45)



- Soos aangedui in Figuur 4.31, stem die verpleegkundiges feitlik almal saam (n=44 of 98%) dat voldoende **beheer van die presenterende deel** perineale skeure kan voorkom, of verminder. Hierdie bevinding stem ooreen met Figuur 4.25 waar 100% van die respondente aangedui het dat 'n ongekontroleerde verlossing 'n risikofaktor is wat aanleiding gee tot perineale skeure.

FIGUUR 4.31

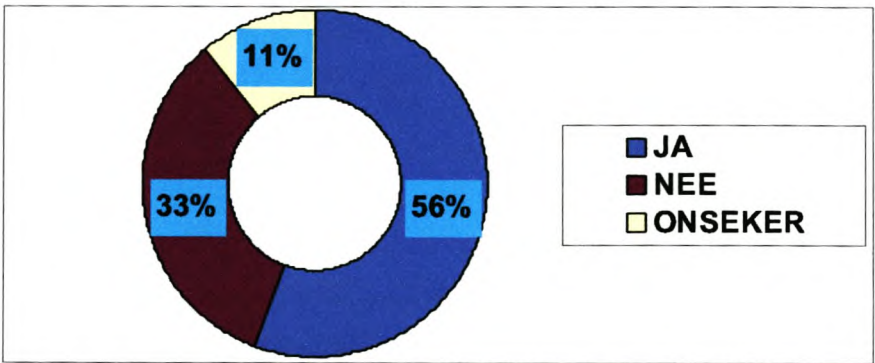
Voorkomende maaatreëls: beheer van presenterende deel (N=45)



- o Volgens Sellers (1998:541) sal erge perineale skeure voorkom word indien die moeder nie verder afbeur wanneer die koppie amper kroon nie. Sy behoort eerder kort en diep asem te haal ('pant') sodat die koppie stadig en beheerd verlos kan word. Sy moet dus aangemoedig word om die koppie letterlik 'uit te asem'. In Figuur 4.32 het slegs 56% (n=25) van die verpleegkundiges aangetoon dat perineale skeure voorkom, of verminder kan word indien die **skedel tussen kontraksies verlos word**.

FIGUUR 4.32

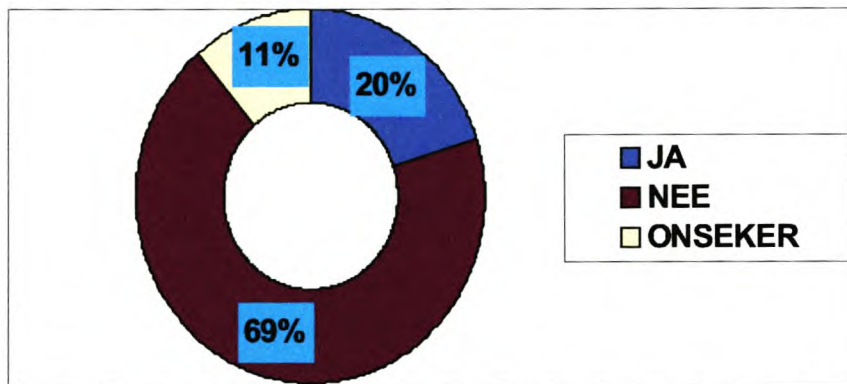
Voorkomende maaatreëls: skedel verlos tussen kontraksies (N=45)



- Volgens Figuur 4.33 het 20% (n=9) van die verpleegkundiges aangedui dat die **baba met een kontraksie verlos** moet word, waarvan twee uit die nege respondente geregistreerde vroedvroue was.

FIGUUR 4.33

Voorkomende maatreëls: Verlossing van baba met een kontraksie (N=45)



- Die fetus se bi-akromiale afmeting moet eers in die antero-posterior posisie van die bekken-uitgang deur middel van interne rotasie beweeg vóór die **verlossing van die anterior skouer** sodat hierdie grootste afmeting in die grootste afmeting van die bekken-uitgang geleë is. Skouers wat dus verlos word in 'n skuinsafmeting kan erge perineale skeure tot gevolg hê (Sellers, 1998:541).

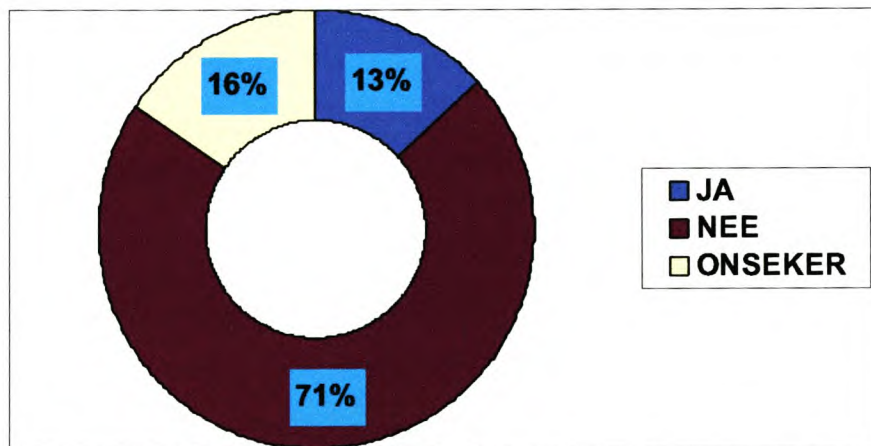
In Figuur 4.34 word aangetoon dat 13% (n=6) van die respondente aangedui het dat die anterior skouer verlos kan word vóór interne rotasie van die skouers in die antero-posterior posisie, waarvan twee van die ses respondente geregistreerde vroedvroue was.

Tydens die observasie van die bevallings, het die navorser bevind dat die verlossing van die koppie goed beheer word deur 91% (n=41) van die verpleegkundiges, maar dat die lyfie egter nie tot dieselfde mate

beheer word nie, met gevolglike onverwagse perineale skeure. Slegs 49% (n=20) van die verpleegkundiges het goeie kontrole oor die fetale lyfie tydens die geboorte uitgeoefen.

FIGUUR 4.34

Voorkomende maatreëls:
Anterior skouer verlos voor interne rotasie van skouers
(N=45)



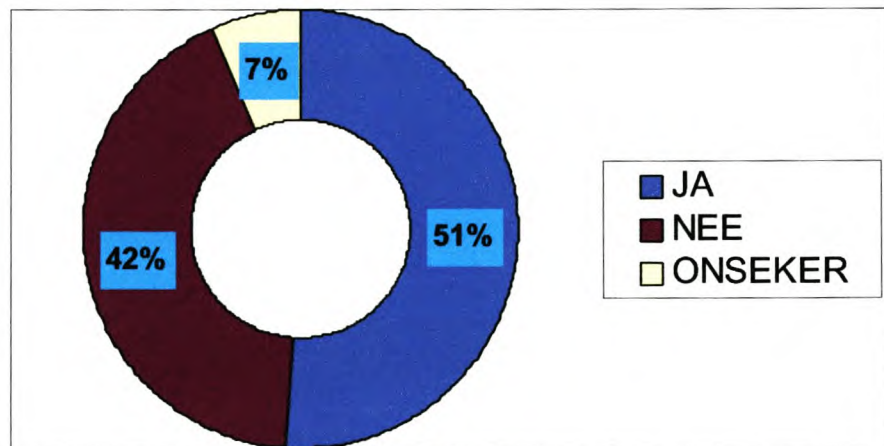
- In Figuur 4.35 is dit duidelik dat daar twee menings is betreffende die **aantal verpleegkundiges wat tydens 'n bevalling betrokke moet wees**. Een-en-vyftig persent (n=23) en 42% (n=19) het onderskeidelik 'Ja' en 'Nee' geantwoord op die stelling: 'Indien moontlik behoort meer as een vroedvrou te help met die bevalling'.

Tydens opleiding van studente is daar meestal meer as een verpleegkundige by die bevalling betrokke, aangesien die geregistreerde vroedvrou die wetlike verantwoordelikheid vir die pasiënt en haar baba dra, maar ook verantwoordelik vir die opleiding van die student is. Namate die vroedvrou meer vaardig raak, is sy geneig om bevallings op haar eie te doen. Indien moontlik, moet meer as een

vroedvrou egter teenwoordig wees indien komplikasies gedurende die verlossing voorkom.

FIGUUR 4.35

**Voorkomende maatreëls:
Meer as een vroedvrou betrokke by verlossing (N=45)**

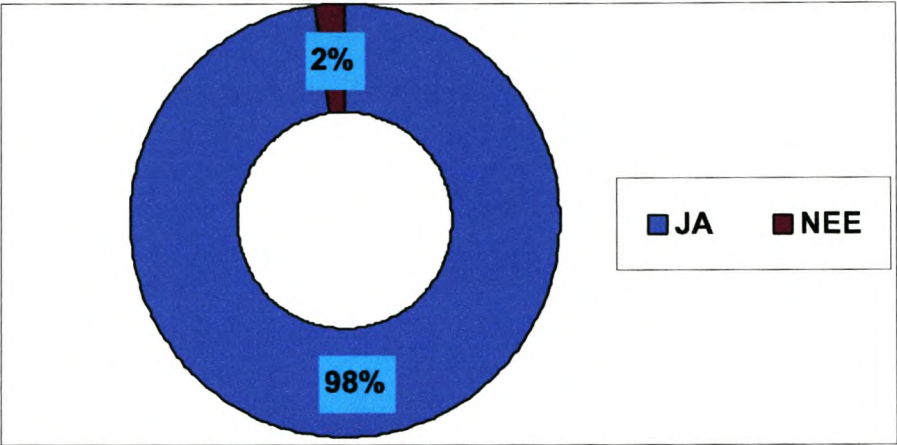


- Soos aangedui in Figuur 4.36, het 98% (n=44) van die respondente aangedui dat die **perineum ondersteun** moet word tydens die geboorte om sodoende perineale skeure te voorkom. Tydens die observasie van die bevalling, het die navorser bevind dat 91% (n=41) van die verpleegkundiges die perineum tot 'n mate ondersteun het. Dit is dus duidelik dat verpleegkundiges tydens die geboorte van die baba doelbewus poog om perineale skeure te minimaliseer.

Sellers (1998:541) is egter van mening dat ondersteuning van die perineum nie laserasies sal voorkom nie. Die perineum moet so min as moontlik deur die vroedvrou aangeraak word en enige drukking op die reeds dun gestrekte perineum sal juis perineale skeure veroorsaak. Daar is dus 'n meningsverskil betreffende perineale ondersteuning tydens die geboorte.

FIGUUR 4.36

Perineum manueel ondersteun (N=45)

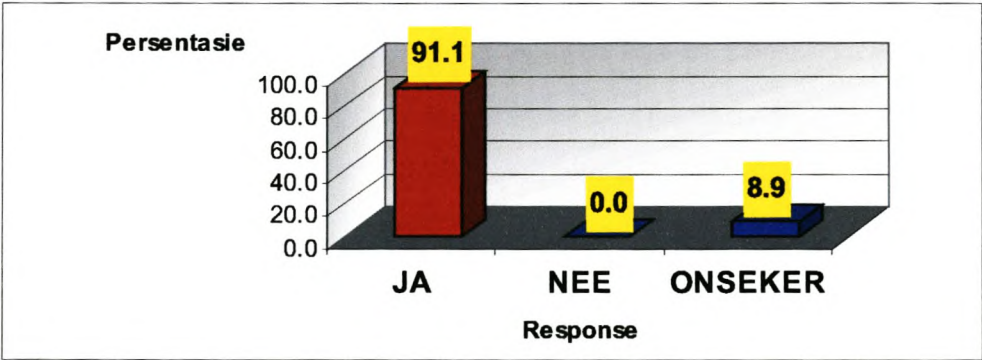


Die volgende dui die menings aan van die respondente betreffende die **hegtingstegniek** van perineale wonde:

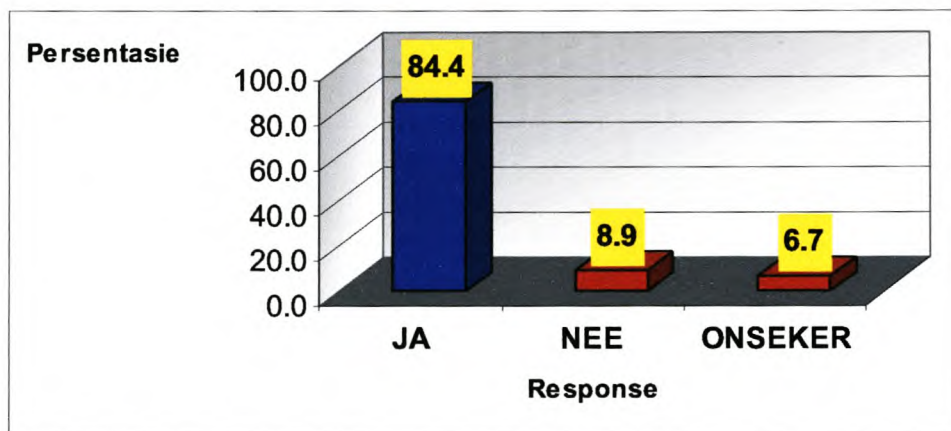
- Volgens Figuur 4.37 het 91% (n=41) van die verpleegkundiges aangedui dat 'n **foutiewe hegtingstegniek** 'n rekto-vaginale fistula tot gevolg mag hê. Sellers (1993:550) dui aan dat 'n rekto-vaginale fistula voorkom as gevolg van nekrose en nie 'n algemene komplikasie is nie.

FIGUUR 4.37

Foutiewe hegtingstegniek: fistula (N=45)



- Die eerste steek word altyd bokant die hoogste punt van die wond, wat die apeks genoem word, in die vaginale mukosa geplaas om bloeding en die vorming van 'n hematoom te voorkom (Sellers,1998:545). Figuur 4.38 dui aan dat 9% (n=4) van die verpleegkundiges nie geweet het waar die **apekssteek** geplaas word nie. Die verpleegkundiges was almal studente. Diegene wat onseker was, het uit 7% bestaan (n=3), waarvan een respondent 'n geregistreerde vroedvrou was.

FIGUUR 4.38**Posisie van apekssteek (N=45)**

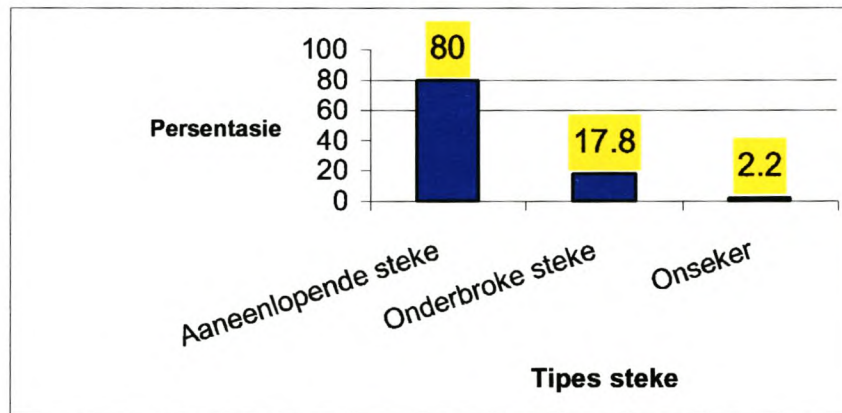
- Volgens Figuur 4.39 het 80% (n=36) van die verpleegkundiges aangedui dat hulle die **vaginale mukosa** met aaneenlopende steke heg, teenoor 18% (n=8) wat aangedui het dat hulle eerder met onderbroke steke heg.

Die navorser ondersteun die siening dat die vaginale mukosa met aaneenlopende steke geheg moet word, aangesien die meeste verpleegkundiges hegtings alleen doen en as die hoë insidensie van HIV-positiewe pasiënte in ag geneem word, is dit veiliger om so min as moontlik aksies met 'n moontlike besmette naald uit te voer. In 'n *Cochrane* oorsig het Sultan *et al.* (2002:101) tot die gevolgtrekking

gekom dat daar voldoende bewyse is dat aaneenlopende steke die beste keuse is wat perineale hegting betref.

FIGUUR 4.39

Hegting van vaginale mukosa (N=45)



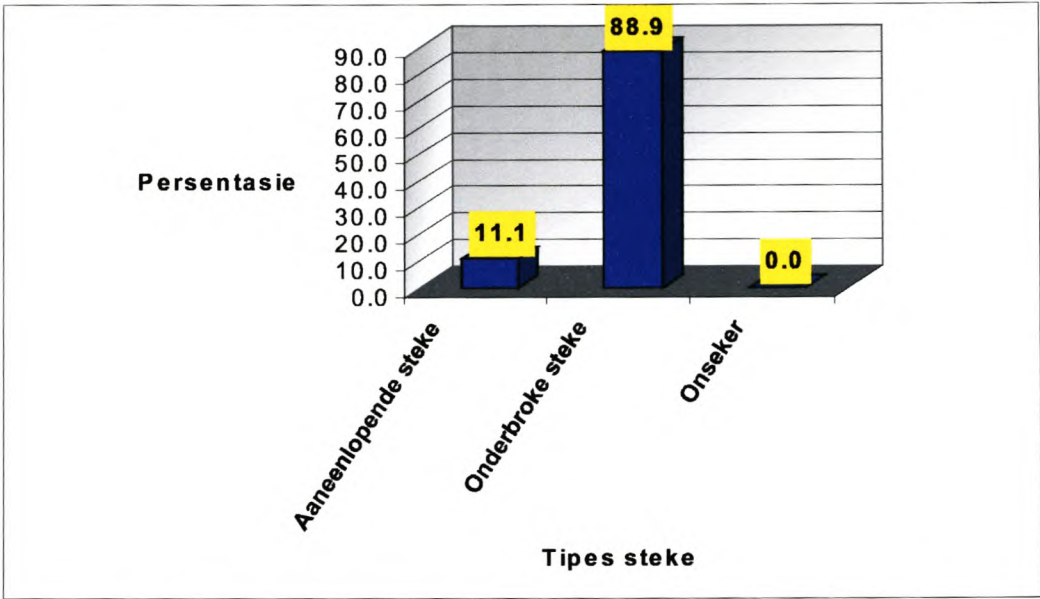
- Volgens Figuur 4.40 het 89% (n=40) van die verpleegkundiges aangedui dat die **perineale vel** met onderbroke steke geheg moet word, teenoor 11% (n=5) van die verpleegkundiges wat die perineale vel met aaneenlopende steke heg.

Volgens die navorser se opinie is daar verskeie opsies om die perineale vel te heg en berus die keuse by die verpleegkundige om te besluit met watter tipe steke die perineale vel geheg word.

Verdere ontleding toon dat verpleegkundiges wel teoreties vaardig is ten opsigte van enkele aspekte betreffende die hegting van perineale wonde, soos verduidelik in Figuur 4.37 tot 4.40, maar nie noodwendig prakties vaardig voel nie, soos verduidelik in Figuur 4.16.

FIGUUR 4.40

Hegting van perineale vel (N=45)



4.3.2 *Kontrolelys betreffende die bevallings waargeneem*

Al die bevallings wat aan die insluitingskriteria, soos genoem in Hoofstuk 3 onder 3.2.3.3, voldoen het, asook alle hegtings van perineale wonde, is deur die navorser self geobserveer op die ewekansig geselekteerde dae in die onderskeie geselekteerde gesondheidsinstellings.

Die navorser het voortgegaan om bevallings en hegtings te observeer totdat data-saturasie bereik is en geen nuwe inligting na vore gekom het nie. 'n Totaal van onderskeidelik 33 bevallings en 25 hegtings is geobserveer. Die kontrolelyste was daarop gemik om die vaardighede van verpleegkundiges te observeer betreffende die hantering van bevallings en die hegting van perineale wonde.

4.3.2.1 Algemene inligting (item 1-3)

Betreffende die **tyd** wat die bevalling plaasgevind het, het Jander *et al.* (2001:234) in hul studie bevind dat derdegraadse skeure meestal voorgekom het by bevallings wat plaasgevind het tussen 03h00 en 06h00.

Weens praktiese redes en die doelwitte wat gestel is, is die aantal bevallings in hierdie studie slegs tussen 07h00 en 19h00 waargeneem. Die verpleegpersoneel in die plattelandse hospitale is ook meer geneig om die hele spektrum van verloskunde snags te dek wat dit dus prakties onmoontlik maak om veldwerkers, wat slegs in die kraamsale werk, op te lei. Die navorser beveel aan dat hierdie aspek in 'n volgende soortgelyke studie spesifiek aandag kan geniet.

Die kontrolelys dui die **plek** aan waar die bevalling plaasgevind het. Hierdie item is slegs op die kontrolelyste aangedui vir die navorser se gerief om te kontroleer dat die korrekte aantal geselekteerde dae by al die instansies bestee word. Daar is geen onderskeid getref tussen die verskillende vlakke van gesondheidsinstellings betreffende die bevallings wat geobserveer is nie. Die doelwit was om die verskynsel van perineale trauma te ondersoek en nie vergelykings te tref tussen opleiding- en gesondheidsinstellings nie, soos aangedui in Hoofstuk 1 onder 1.5.

4.3.2.2 Voorgeboorte besonderhede (item 4- 15)

Die navorser wou vasstel of die volgende voorgeboorte faktore, soos uiteengesit in Figure 41 tot 46, aanleiding gee tot perineale trauma:

Betreffende die **ouderdom** van die moeders, beskou Sellers (1998: 715) vroue jonger as 19 jaar as tieners en diegene wat ouer as 35 jaar is as 'n ou primigravida. Beide kategorieë word beskou as risikofaktore tydens swangerskap, kraam en die puerperium. Die navorser wou bepaal of hierdie risikofaktore die tendens van perineale trauma beïnvloed al dan nie.

Figuur 4.41 toon dat 88% (n=7) van die tieners perineale skeure opgedoen het. Die volgende tipe perineale skeure is opgedoen tydens die bevalling:

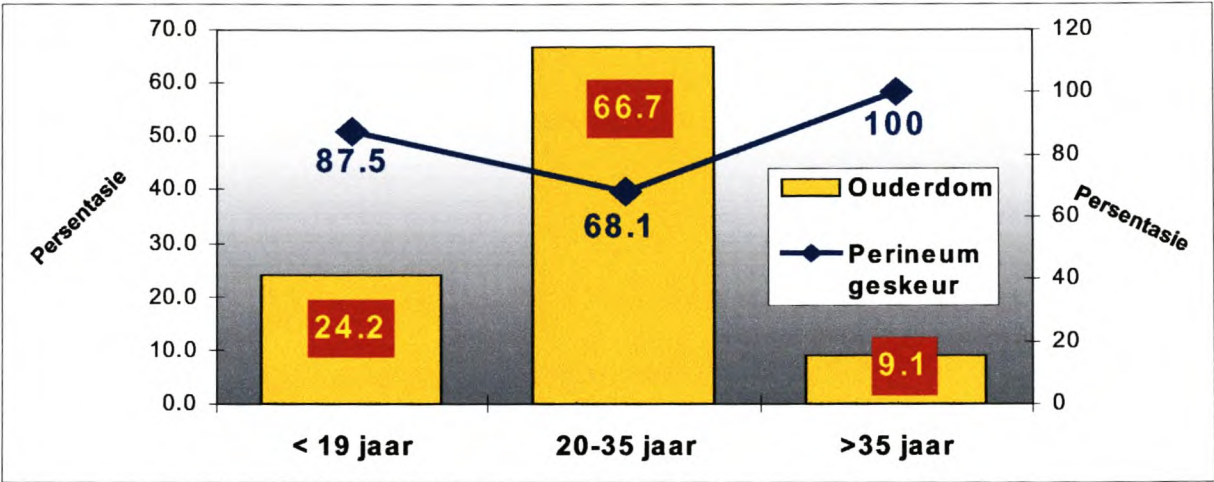
- eerstegraadse skeure 57% (n=4);
- tweedegraadse skeure 28% (n=2) en
- derdegraadse skeure 14% (n=1).

Die derdegraadse skeur het voorgekom by 'n 17-jarige tiener. Fetale bradikardie, swak moederlike samewerking en foutiewe afbeurpogings, tesame met swak ondersteuning van die perineum en ongekontroleerde verlossing van die koppie en lyfie, was 'n kombinasie van faktore wat aanleiding gegee het tot hierdie derdegraadse skeur. In retrospek moes 'n episiotomie uitgevoer gewees het, aangesien meer as een indikasie teenwoordig was. Die navorser beklemtoon weereens dat die toestand van die perineum nie die enigste indikasie vir 'n episiotomie is nie.

Jander *et al.* (2001:234) het bevind dat derde- en vierdegraadse skeure meer algemeen voorgekom het indien die moeder ouer as 35 was. Bodner *et al.* (2001:743-6) se studie dui ook op 'n positiewe verband tussen hoë ouderdom en perineale skeure. In hierdie studie was die drie moeders (n=3) wat ouer as 35 was almal multigravidas. Soos verduidelik in Figuur 4.41 het almal eerstegraadse perineale skeure tydens die bevalling opgedoen. Hulle graviditeit was onderskeidelik ses, vier en twee. Geen risikofaktore was teenwoordig nie. Al drie gevalle was voltydse swangerskappe en die babas se gemiddelde geboortemassa 2,9 kg. Die fetale skedel en perineum is in al drie gevalle goed beheer, maar die verlossing van die lyfie was in al die gevalle ongekontroleerd. Dit was nie deurgaans duidelik of die skouers in die antero-posterior posisie was vóór die geboorte nie.

FIGUUR 4.41

Moederlike ouderdom en perineale skeure (N=33)

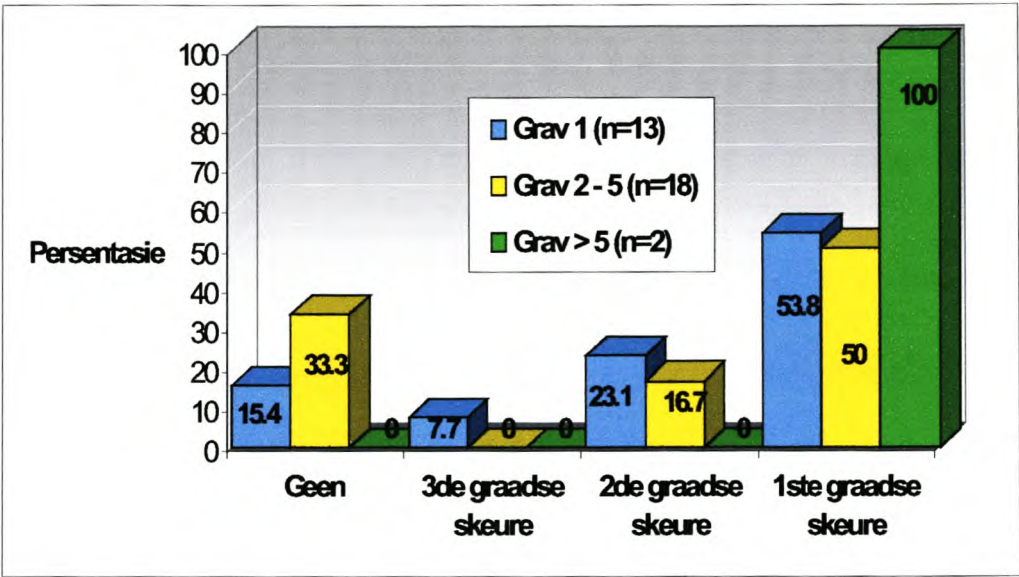


Figuur 4.42 toon dat skeure nie slegs by primigravidas voorkom soos gedurende die tagtigerjare die indruk geskep was met die voorkomende episiotomies wat vir alle primigravidas geknip was nie.

Uit bogenoemde is dit ook duidelik dat 'n toename in **graviditeit en pariteit** nie noodwendig 'n afname in perineale skeure beteken nie, maar egter wel 'n verskil in die graad of tipe skeur kan meebring. Elke pasiënt se verlossing moet dus so ver moontlik beheer word sodat perineale skeure nie onnodig opgedoen word nie. Van die verpleegkundiges wat die vraelys voltooi het, was 84% (n=38) van mening dat hoë graviditeit nie 'n risikofaktor betreffende perineale skeure is nie.

FIGUUR 4.42

Graviditeit en pariteit versus verskillende tipe skeure (N=33)



Die navorser wou vasstel of 'n **intra-uteriene dood** enigsins bydra tot perineale trauma, hetsy 'n episiotomie geknip of perineale skeure opgedoen is tydens die verlossing. Volgens die Wet op Registrasie van Geboortes, Huwelike en Sterftes No 81 van 1963, soos gewysig deur die Wysigingswet op die Registrasie van Geboortes en Sterftes No 67 van 1997, behels 'n miskraam of aborsie die beëindiging van 'n swangerskap voor lewensvatbaarheid, of 26 weke van gestasie. 'n Doodgeboorte verwys na die sterfte van 'n fetus tydens die swangerskap tussen 26 weke en voltydse gestasieduur (Sellers,1998:1233). 'n Intra-uteriene dood sluit beide in. In die praktyk egter, word lewensvatbaarheid bepaal deur onder andere die geboortemassa van die baba wat lewend gebore word, ongeag die gestasieduur, en ook die fasiliteite wat beskikbaar is om hierdie baba te resussiteer en te hanteer.

Volgens die insluitingskriteria vir hierdie studie is slegs swangerskappe van 37 weke en meer ingesluit. In hierdie studie is egter geen verlossings van 'n intra-uteriene dood geobserveer nie.

'n Studie deur Martin *et al.* (2001:337) in Kanada toon dat **vorige perineale trauma** die risiko vir perineale skeure tydens die volgende verlossing meer as drie keer verhoog. Dit hou ook direk verband met die erns van die vorige perineale skeur.

Dis interessant om daarop te let dat 67% (n=30) van die verpleegkundiges wat die vraelyste voltooi het, soos uiteengesit in Figuur 4.21, 'n vorige episiotomie en/of skeur wel as 'n risikofaktor vir huidige skeure erken, maar slegs drie respondente het aangetoon dat 'n episiotomie geknip behoort te word.

Tydens die observasie van die bevallings, soos verduidelik in Figuur 4.43, is gevind dat 45% (n=45) van die geobserveerde bevallings episiotomies en/of skeure gehad het met vorige bevallings, waarvan meer as die helfte (73% of n=11) tydens die huidige verlossing wel perineale skeure opgedoen het. Nie in een enkele geval is 'n episiotomie geknip deur die verpleegkundige wat die bevalling hanteer het nie.

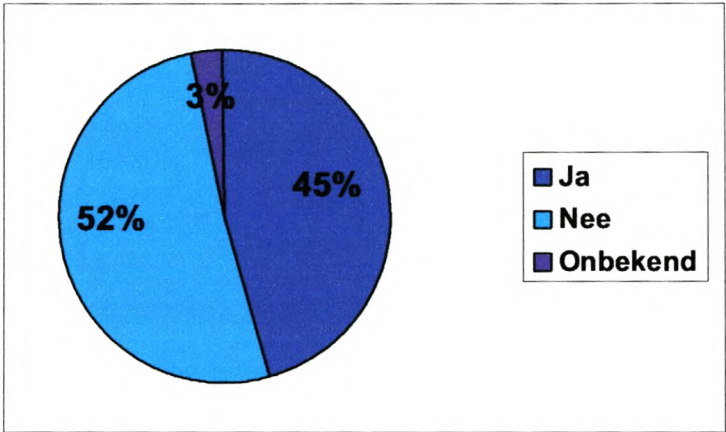
Die **swangerskapkomplikasies** wat voorgekom het by die betrokke moeders, soos aangedui in Figuur 4.44, was hoofsaaklik braking, diabetes mellitus, fetale nood, chroniese hipertensie, pre-eklampsie, epilepsie, asma of die feit dat die pasiënt nie bespreek was nie. Die navorser het gevind dat nie een van hierdie pasiënte met swangerskapkomplikasies (n=5 of 15%) 'n episiotomie gekry nie, maar 80% (n=4) van hierdie pasiënte het wel perineale skeure opgedoen.

Dit bevestig die siening van die navorser dat verpleegkundiges slegs episiotomies knip in geval van perineale indikasies, byvoorbeeld wanneer die

perineum nie voldoende strek of ruim genoeg is nie, en die verpleegkundiges nie moederlike en/of fetale faktore ook as indikasies beskou nie.

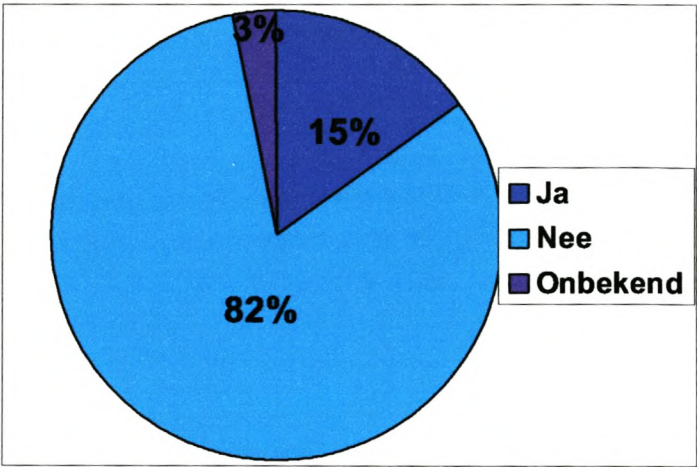
FIGUUR 4.43

Vorige episiotomies en/of skeure (N=33)



FIGUUR 4.44

Swangerskapkomplikasies (N=33)



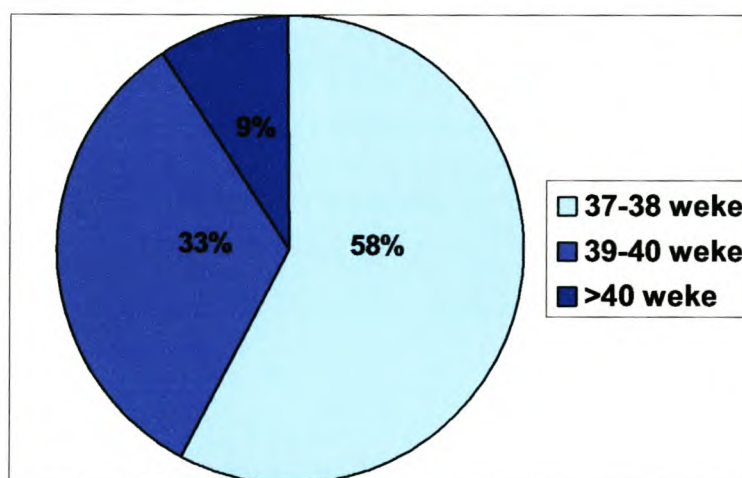
Betreffende die **gestasieduur**, het 40% (n=18) van die verpleegkundiges wat die vraelyste voltooi het, volgens Figuur 4.22, aangetoon dat postmaturiteit nie 'n risikofaktor vir perineale trauma is nie.

Volgens Sellers word postmaturiteit gedefinieer as 'n swangerskap wat 42 weke gestasie oorskry en hou dit verband met groot babas. Volgens hierdie outeur word postmaturiteit dikwels geassosieer met 'n traumatiese verlossing en verloskundige ingrype soos suierverlossings en/of episiotomies (Sellers, 1998:1218).

Nie een van die bevallings wat in hierdie studie geobserveer is, het 42 weke gestasieduur oorskry nie. Die navorser het egter bevind dat 42% (33% en 9%) van die moeders wie se gestasieduur meer as 39 weke was, soos verduidelik in Figuur 4.45, meer dikwels (79% of n=11) perineale skeure opgedoen het. Die gemiddelde geboortemassa van hierdie babas was 3,1 kg. Hierdie bevindings bevestig die huidige siening dat groot babas perineale skeure veroorsaak ongeag die mate van gekontroleerdheid van die verlossing.

FIGUUR 4.45

Gestasieduur (N=33)



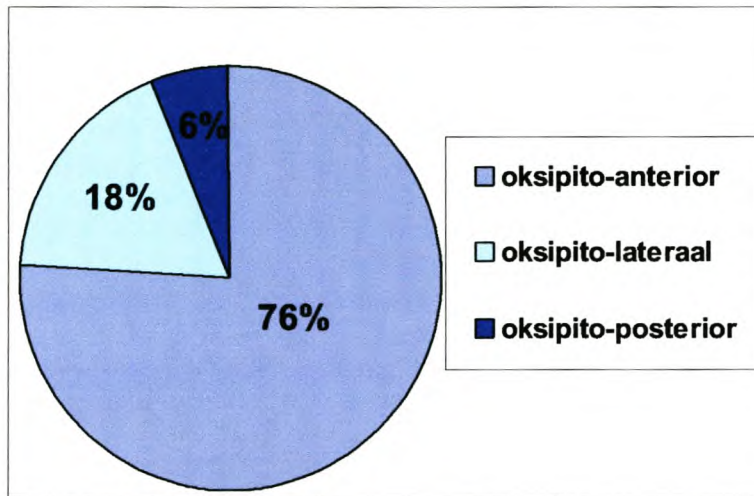
Die navorser wou vasstel of die **massatoename** van die moeder tydens swangerskap, asook die bevindings van 'n bekkenskatting op ses-en-dertig weke gestasie, verband hou met die voorkoms van perineale trauma. Nie een van die pasiënte se massatoename tydens swangerskap is egter aangedui op die voorgeboorte-kaart nie. Verdere navrae het bevestig dat die massatoename van pasiënte nie meer roetineweg in die Wes-Kaapse gesondheidsinstellings tydens opvolgbesoeke in die voorgeboorteperiode bepaal word nie. Pasiënte en die fetus se welsyn word slegs klinies geëvalueer ten opsigte van die verloop van die swangerskap .

Bekkenskattings word ook nie meer roetineweg op alle primigravidas teen ses-en-dertig weke van gestasie gedoen nie, maar slegs wanneer daar 'n indikasie daarvoor bestaan, naamlik wanneer skedel-bekken-disproporsie vermoed word.

Die navorser wou vasstel of **wanpresentasies** tot perineale trauma bydra, hetsy 'n episiotomie geknip of perineale skeure opgedoen is tydens die verlossing. Geen stuit- of ander wanpresentasies is egter geobserveer nie.

Die diagnose van die **fetale posisie** is gemaak deur middel van 'n vaginale ondersoek en/of die mate waartoe restitusie van die baba se skedel ná die geboorte plaasgevind het. In teenstelling met die verwagting, soos aangedui in Figuur 4.46, het 6% van die moeders (n=2) waarvan die fetus in die oksipito-posterior posisie was, nie episiotomies gehad, óf die perineum geskeur nie. Die gestasietydperk was onderskeidelik tussen 37 en 38 weke. Die gemiddelde geboortemassa van die babas was 2,9 kg.

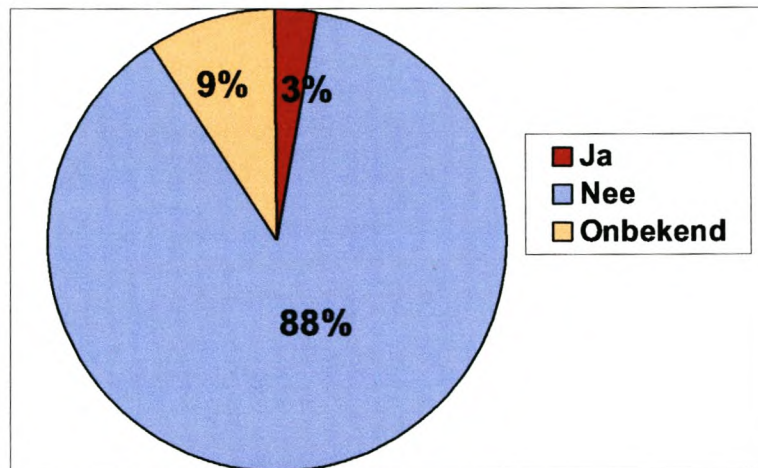
Verdere ontleding toon egter dat die babas se koppies en lyfies gekontroleerd verlos was. Hierdie bevinding bevestig die navorser se siening dat nie slegs die baba se skedel maksimaal beheer moet word tydens die verlossing nie, maar dat die verlossing van die skouers en lyfies ook belangrike faktore in die voorkoming van perineale trauma is.

FIGUUR 4.46**Fetale posisie (N=33)****4.3.2.3 Intrapartum besonderhede (item 16-41)**

Verskeie intrapartum faktore is in aanmerking geneem tydens die observasie van die bevallings. 'n Primigravida se genitale kanaal is nog nie deur 'n vorige geboorte gestrek nie en bied dus meer weerstand tydens die eerste en tweede stadium van kraam. Volgens Sellers (1998:329) is die normale duur van die eerste stadium van kraam vir 'n primigravida twaalf tot veertien uur en mag nie sestien uur oorskry nie. 'n Multigravida duur normaalweg sewe tot nege uur en mag nie elf uur oorskry nie. 'n **Verlengde eerste stadium** gaan dikwels gepaard met moederlike uitputting en/of fetale nood.

Soos aangedui in Figuur 4.22, het 64% (n=29) van die verpleegkundiges wat die vraelys voltooi het, nie 'n verlengde eerste stadium van kraam as 'n risikofaktor beskou wat kan aanleiding gee tot perineale trauma nie.

Figuur 4.47 toon dat slegs een multigravida-pasiënt die normale duur van die eerste stadium van kraam oorskry het. Hierdie pasiënt het wel 'n eerstegraadse perineale skeur opgedoen.

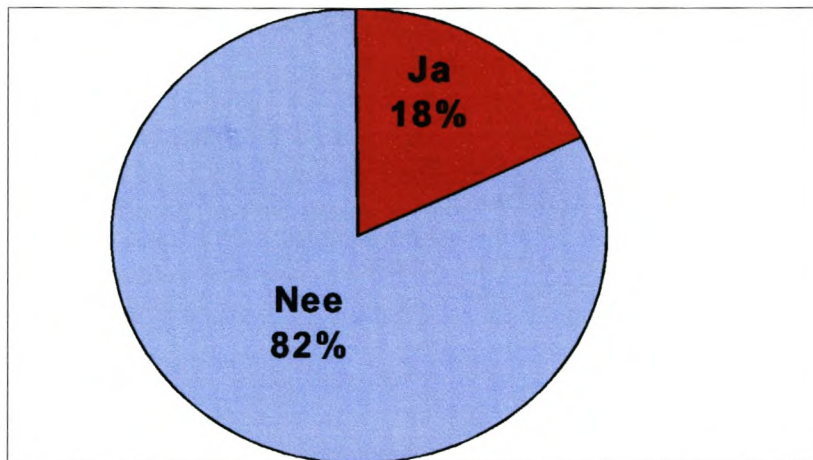
FIGUUR 4.47**Verlengde eerste stadium (N=33)**

Soos verduidelik in Figuur 4.48 het 18% (n=33) van die pasiënte **komplikasies tydens die eerste stadium** van kraam ondervind, hetsy moederlik of fetaal van aard.

Die eerste stadium komplikasies wat voorgekom het by die bevallings wat geobserveer is, was die volgende:

- fetale nood met bradikardie en/of verstadigings;
- urineretensie en
- pre-eklampsie.

Met verdere ontleding is gevind dat 'n episiotomie in slegs een geval (17%) geknip is. Die ander vier pasiënte (67%) het perineale skeure opgedoen wat gewissel het van eerstegraadse tot derdegraadse skeure en slegs een (17%) van hierdie pasiënte het geen perineale skeure opgedoen nie.

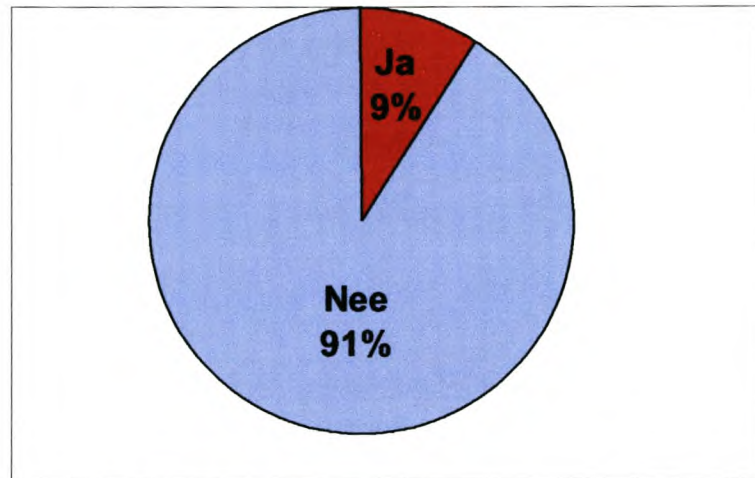
FIGUUR 4.48**Eerste stadium komplikasies (N=33)**

Volgens Sellers (1998:1286) is daar 'n verhoogde insidensie van erge bekkenvloer en perineale skade geassosieer met **induksie** van kraam, te wyte aan sterk kontraksies en gevolglike sterk afbeurpogings van die pasiënt.

In Figuur 4.49 word aangetoon dat 9% (n=33) van die pasiënte gedurende die eerste en/of tweede stadium met oksitosien geïnduseer was, waarvan die pasiënte onderskeidelik:

- 'n perineale skeur opgedoen het (n=1);
- 'n episiotomie geknip is (n=1) en
- nie geskeur het nie (n=3).

Uit die pasiënte wat dus met oksitosien geïnduseer is, het 67% (n=2) perineale trauma opgedoen, hetsy skeuring of 'n episiotomie.

FIGUUR 4.49**Toediening van oksitosien tydens eerste en/of tweede stadium
(N=33)**

Betreffende 'n **verlengde tweede stadium** van kraam, noem Sellers (1998:329) dat die normale duur van die tweede stadium, gemeet vanwaar die pasiënt se serviks vol ontsluit is en sy aktief afbeur, ongeveer 40 minute vir 'n primigravida is en nie 'n uur mag oorskry nie. Vir die multigravida is die normale duur ongeveer 20 minute en behoort dit nie 30 minute te oorskry nie.

Indien die kontraksies effektief is en geen kop-bekken-disproporsie teenwoordig is nie, behoort 'n episiotomie geknip te word, veral as dit gepaardgaan met swak moederlike afbeurpogings, moederlike uitputting en verhoogde weerstand van die sagte weefsel met gepaardgaande fetale nood.

In Figuur 4.50 word aangetoon dat by 15% (n=5) van die pasiënte, ongeag primigravida of multigravida, die normale duur van die tweede stadium oorskry is waarvan die volgende plaasgevind het:

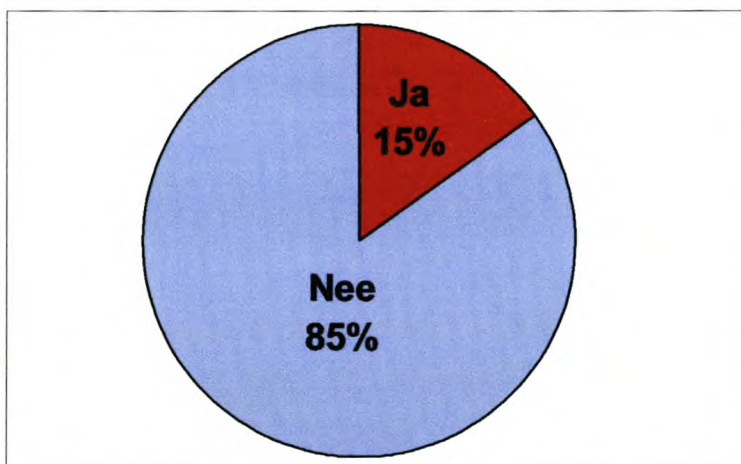
- twee pasiënte het tweedegraadse skeure opgedoen;
- by twee pasiënte is 'n episiotomie geknip en

- slegs een pasiënt het geen perineale trauma opgedoen nie.

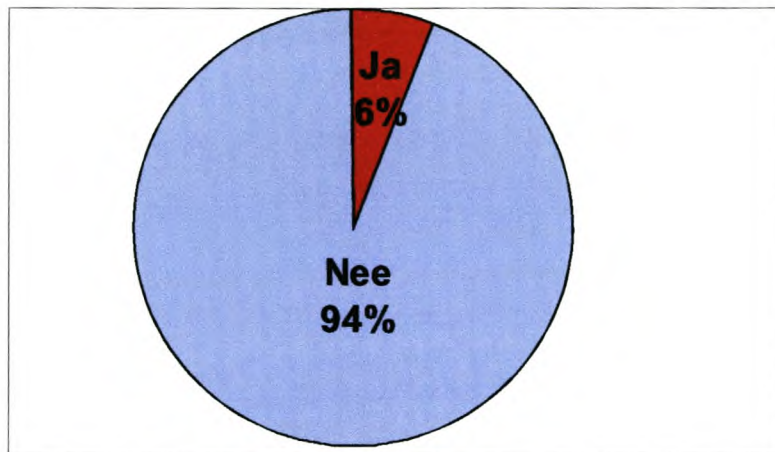
Dit blyk dus dat perineale trauma met 'n verlengde tweede stadium, hetsy 'n episiotomie, of een of ander skeur, geassosieer kan word. Dit is egter interessant om daarop te let dat slegs 56% van die verpleegkundiges wat die vraelys voltooi het, soos reeds verduidelik in Figuur 4.22, 'n verlengde tweede stadium as 'n risikofaktor vir perineale trauma aangedui het.

FIGUUR 4.50

Verlengde tweede stadium (N=33)



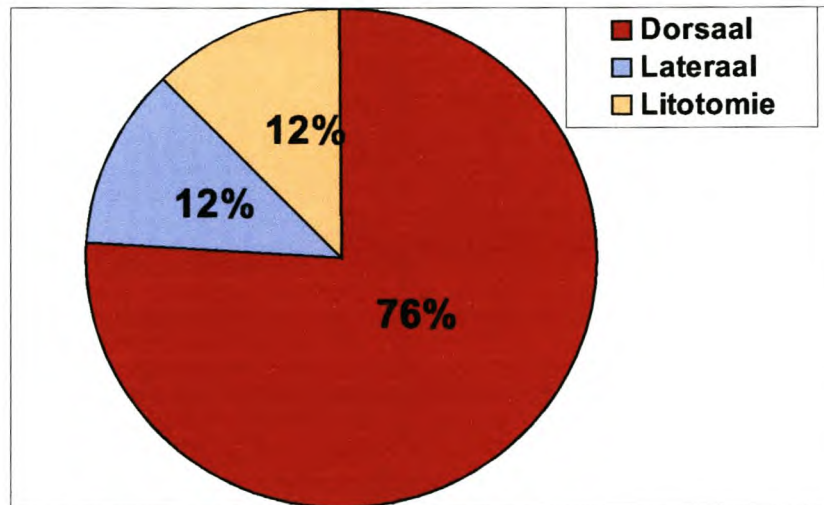
Tweede stadium komplikasies, soos aangedui in Figuur 4.51, naamlik moederlike uitputting, swak samewerking, perineale edeem, swak afbeurpogings en fetale vertragings, het by 6% (n=2) van die pasiënte voorgekom te wyte aan 'n verlengde tweede stadium van kraam. Soos reeds genoem, is episiotomies nie by een van hierdie pasiënte geknip nie. Dit blyk dus dat 'n verlengde tweede stadium vroegtydig gediagnoseer en hanteer moet word, aangesien dit aanleiding gee tot komplikasies gedurende die tweede stadium van kraam.

FIGUUR 4.51**Tweede stadium komplikasies (N=33)**

Uit Figuur 4.52 blyk dit dat 76% van die pasiënte (n=25) in die dorsale **posisie** gekraam het. Met verdere ontleding blyk dit dat 76% (n=19) van hierdie pasiënte se perineum geskeur het. In die dorsale posisie word die baba teen 'n helling gebore en gaan dit dikwels gepaard met ongekontroleerde afbeurpogings, met gevolglike perineale skeure van die een of ander aard.

Geen pasiënte in hierdie studie is deur die verpleegkundiges toegelaat om te hurk ('squad'), of te kniel tydens geboorte nie. Jander *et al.* (2001:234) het in hul studie bevind dat die hurkende posisie 'n groter insidensie vir derde- en vierdegraadse perineale skeure tot gevolg het.

Verdere ontleding toon dat slegs moeders met swak afbeurpogings, of swak samewerking, in die litotomie-posisie geplaas is. Volgens Sellers (1998:482) is hierdie posisie die ideale posisie om komplikasies gedurende die tweede stadium te hanteer, veral wanneer verloskundige tussentredes genoodsaak word, byvoorbeeld tydens suier- of tangverlossings.

FIGUUR 4.52**Moederlike posisie tydens tweede stadium (N=33)**

Sellers (1998:541) is van mening dat dit belangrik is dat die verpleegkundige die perineum so min as moontlik moet hanteer. Volgens hierdie outeur sal **ondersteuning van die perineum** nie skeure voorkom nie, maar dit eerder veroorsaak indien drukking op die reeds verdunde perineum toegepas word.

Alhoewel 91% (n=30) van die verpleegkundiges wel die perineum tot 'n mate ondersteun het tydens die verlossing, is die wyse waarop die perineum ondersteun word, ook van belang. Met verdere ontleding is gevind dat 77% van hierdie pasiënte wel perineale skeure opgedoen het.

Die navorser het bevind dat die verpleegkundige in werklikheid bydra tot verhoogde fleksie van die skedel indien die perineum ondersteun word met die V-struktuur, gevorm tussen die oopgestrekte duim en die wysvinger, direk passend op dieselfde V-figuur van die fourchette en met kroning van die fetale skedel 'n afwaartse drukking op die perineum toepas. Die moeder word aangesê om nie af te beur nie en die koppie word gebore met slegs behulp van die uteriene kontraksies. Dit blyk dat die perineum nie geneig is om meer skade as 'n eerstegraadse perineale skeur tot gevolg te hê nie.

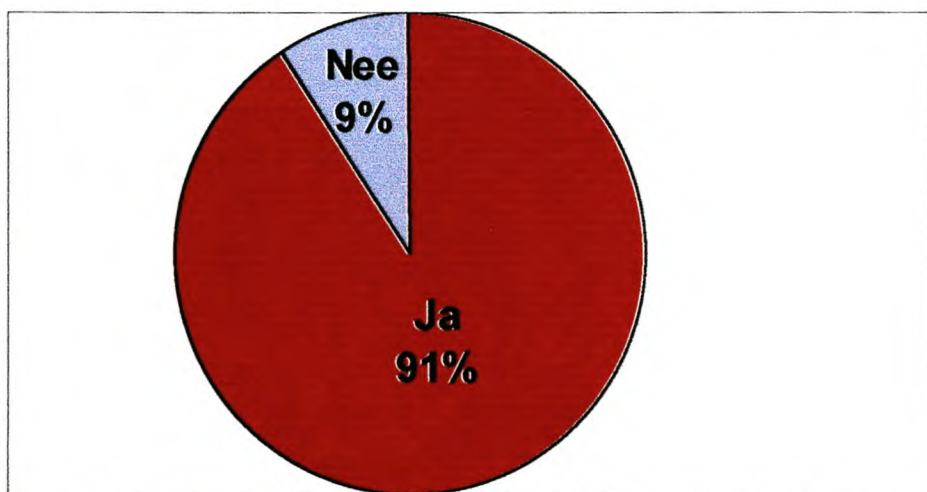
Hierdie tegniek is veral van waarde by primigravidas waar tweedegraadse skeure makliker voorkom.

Volgens Myrfield *et al.* (1997:197) veroorsaak hierdie volgehoue fleksie egter vertraging van die geboorte van die skedel, aangesien die natuurlike vroeë ekstensie van die skedel ingekort word. Sommige vroedvroue redeneer dat hierdie vertraging in die geboorte van die koppie juis veroorsaak dat die perineum stadig en geleidelik rek en dus die risiko van perineale skeure eerder verminder.

Een van die finale jaar verpleegkunde-studente was weer van mening dat perineale skeure voorkom kan word indien die reeds verdunde perineum mediaal 'geplooi' word tussen die duim en wysvinger van die hand wat die perineum ondersteun om sodoende 'addisionele vel' beskikbaar te hê tydens die geboorte van die koppie. Die navorser het een bevalling deur die betrokke student geobserveer en gevind dat die pasiënt se perineum nie geskeur het tydens die bevalling nie. Die navorser is van mening dat hierdie metode om perineale skeure te voorkom, verder nagevors behoort te word.

FIGUUR 4.53

Ondersteuning van die perineum

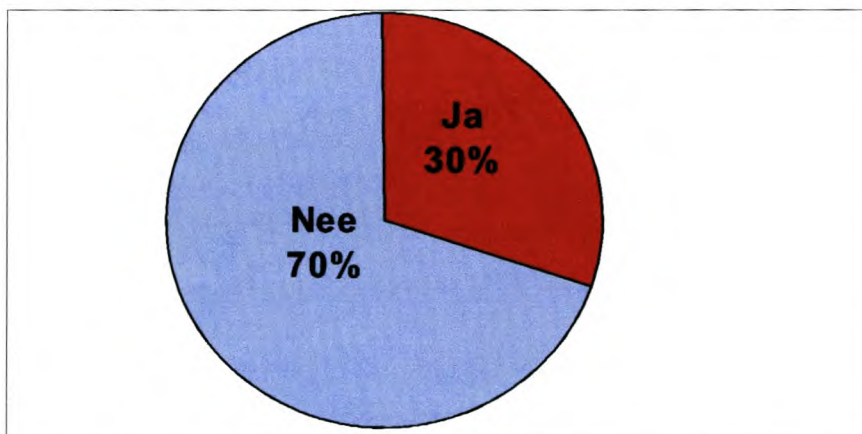


Dit is nie duidelik vir die navorser of **perineale massering**, met óf sonder die gebruik van olies of smeermiddels, enigsins perineale skeure voorkom nie. Soos verduidelik in Figuur 4.54 is by 30% (n=10) van die pasiënte perineale massering toegepas tydens die tweede stadium van kraam waarvan sewe van die pasiënte wel een of ander perineale skeur opgedoen het. Slegs drie van hierdie pasiënte het nie perineale skeure opgedoen nie. Die navorser is egter van mening dat ander faktore ook daartoe kon bydra dat hierdie groep vroue nie perineale skeure opgedoen het nie.

Van die verpleegkundiges wat die vraelyste voltooi het, het 13% (n=6) van die respondente, soos verduidelik in Figuur 4.23, aangedui dat perineale massering bydra tot perineale skeure.

FIGUUR 4.54

Perineale massering (N=33)

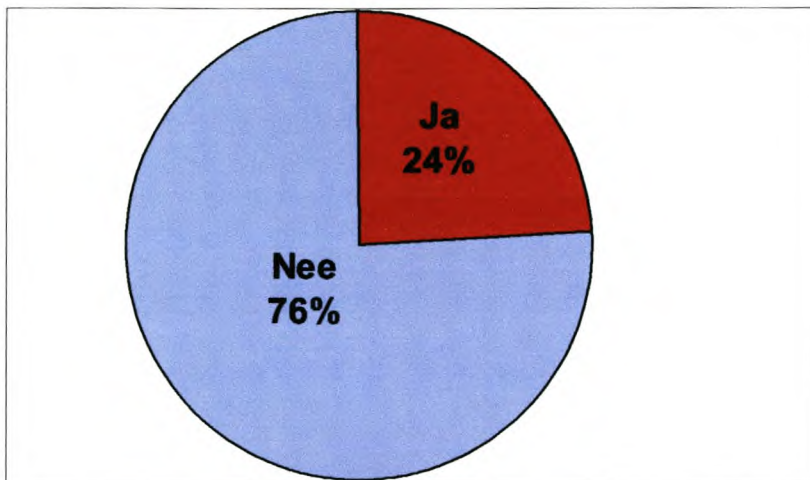


Uit die verpleegkundiges wat die vraelyste voltooi het, het 67% (n=30) van die respondente aangedui dat 'n **edemateuse perineum** aanleiding kan gee tot perineale skeure. Tydens die observasie van die bevallings is gevind dat slegs een pasiënt perineale edeem tydens die tweede stadium gehad het. 'n Episiotomie is nie geknip nie en 'n tweedegraadse perineale skeur is tydens die geboorte opgedoen. Volgens die navorser was 'n episiotomie wel

aangedui, aangesien die tekens dat die perineum sou skeur baie duidelik was, naamlik 'n edemateuse, rigiede perineum met bloed wat reeds uitgesypel het met moederlike uitputting en die feit dat die pasiënt nie samewerking gegee het nie. 'n Gekompliseerde tweedegraadse skeur sou voorkom kon word deur die knip van 'n episiotomie.

Sellers (1998:1309) is van mening dat **epidurale verdowing** met instrumentele verlossings en gevolglike perineale trauma geassosieer word. Hierdie outeur maak ook melding van swak uteriene kontraksies as gevolg van die epidurale verdowing wat ook dikwels induksie van kraam, deur middel van oksitosien, noodsaak. Die navorser wou vasstel tot watter mate epidurale verdowing wel bydra tot perineale skeure. Epidurale verdowing is egter nie by een van die geobserveerde bevallings wat waargeneem is, gegee nie.

Figuur 4.55 toon dat by 24% (n=8) van die bevallings wat geobserveer was, **fetale nood** voorgekom het. Met verdere ontleding is gevind dat daar in ses (75%) van die voorvalle nie 'n episiotomie geknip is nie. Verder het die perineum by al hierdie pasiënte geskeur, wat gewissel het van eerste- tot derdegraadse skeure. By slegs een pasiënt is 'n episiotomie geknip vir fetale nood en die perineum het geen ander gepaardgaande laserasies gehad nie. Slegs een pasiënt het nie 'n episiotomie gehad vir fetale nood nie en ook nie perineale skeure opgedoen nie. Dit wil dus voorkom asof 'n episiotomie wel geknip moet word in geval van fetale nood in belang van die baba, maar ook om perineale skeure te voorkom.

FIGUUR 4.55**Fetale nood (N=33)**

Van al die bevallings wat geobserveer is, het 76% van die pasiënte (n=25) **perineale skeure** opgedoen. Soos aangedui in Figuur 4.56 is hoofsaaklik eerstegraadse (n=18 of 55%) en tweedegraadse skeure (n=6 of 18%) en tot 'n mindere mate derdegraadse skeure (n=1 of 3%) geobserveer. Twee van hierdie pasiënte se eerstegraadse skeure is deur onderskeidelik laserasies van die serviks en 'n para-uretrale skeur gekompliseer.

Anders as wat aanvanklik vermoed is, was die voorkoms van derdegraadse skeure betreklik min. Dit blyk dus dat derdegraadse skeure meer dikwels met geassisteerde verlossings geassosieer word en nie noodwendig met swak verlossingstegniek soos wat aanvanklik vermoed is nie. Gekompliseerde tweedegraadse skeure kan meer dikwels toegeskryf word aan die feit dat 'n episiotomie vroegtydig geknip moes gewees het.

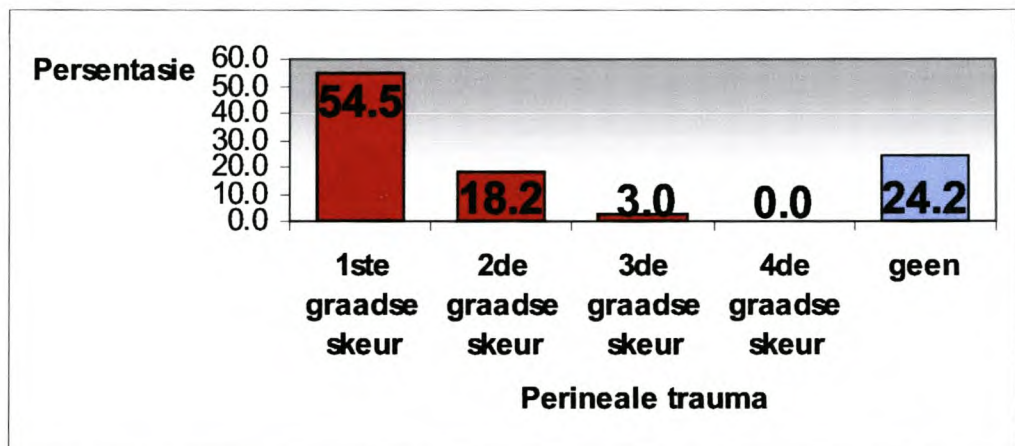
De Leeuw *et al.* (2001) het met hul studie in Nederland gevind dat slegs 1,9% van pasiënte uit 284 783 vaginale verlossings derdegraadse skeure opgedoen het en dit toegeskryf aan risikofaktore soos 'n hoë fetale

geboortemassa, verlengde tweede stadium van kraam, geassisteerde verlossings - veral tangverlossings - en primigraviditeit.

Om dus die voorkoms van spesifiek derdegraadse skeure te evalueer, behoort alle bevallings oor 'n vasgestelde termyn ontleed te word en nie slegs op geselekteerde dae nie, om te voorkom dat derdegraadse skeure toevallig nie geobserveer word nie.

FIGUUR 4.56

Tipe perineale skeure (N=33)



Uit die literatuur en vorige navorsing blyk dit ook dat daar verskillende opinies heers of **die knip van 'n episiotomie** wel perineale skeure voorkom.

Die persepsie bestaan dat min episiotomies geknip word en dat daar 'n toename in tweede- en derdegraadse skeure is. Volgens Theron (1998, eenheid 9.5) is die hegting en genesing van tweedegraadse skeure vinniger as episiotomies. Nolte (1998:196) verskil en is van mening dat tweedegraadse skeure moeiliker is om te heg as 'n episiotomie. Die navorser ondersteun laasgenoemde siening en is van mening dat tweedegraadse skeure dikwels gekompliseerd is. Soos blyk uit die vraelyste, het vroedvroue juis aangedui dat hulle nie vaardig voel met hegtings nie. Die risiko bestaan

dus dat heelwat dooie spasies per abuis gelaat kan word wat langer neem om te genees en meer littekenformasie tot gevolg het.

Die navorser ondersteun die siening van ander vakkundiges dat 'n episiotomie geknip moet word om derde- en vierdegraadse skeure te voorkom. Die navorser sluit egter ook tweedegraadse skeure in, omrede die moontlikheid bestaan dat dit gekompliseerd kan wees.

Volgens die *Argentine Episiotomy Trial Colaborative Group* se bevindings in 1993, behoort die insidensie van episiotomies nie hoër as 30% te wees nie (Stamp, 1997:101). Hierdie siening word ondersteun deur Sultan *et al.* (2002:100) wat aanbeveel dat die insidensie van episiotomies tussen 20% en 30% behoort te wees. Hulle het in hul studie bevind dat daar 'n verhoogde insidensie van perineale skeure was indien vroedvroue die aantal episiotomies tot minder as 20% wou verlaag.

Soos aangedui in Figuur 4.57 is slegs twee episiotomies (6%) geknip van die totale aantal bevallings waargeneem. Verdere ontleding van die navorser se veldnotas toon dat minstens sewe episiotomies (21%) geknip moes gewees het. Indien egter in ag geneem word dat die toestand van die perineum nie die enigste indikasie vir 'n episiotomie is nie, behoort derhalwe meer as die genoemde sewe episiotomies in hierdie studie voorgekom het.

Gerrits *et al.* (1994) het in hul studie, wat die verband tussen professionele status en die knip van episiotomies ondersoek het, bevind dat die spesialis-in-opleiding en ginekoloë in Nederland onderskeidelik 2,5 en 3,4 keer meer geneig is as vroedvroue om 'n episiotomie uit te voer om sodoende perineale skeure te voorkom.

Dis is in hierdie studie ook duidelik dat verpleegkundiges nie gretig is om episiotomies te knip nie en moontlik om die volgende redes:

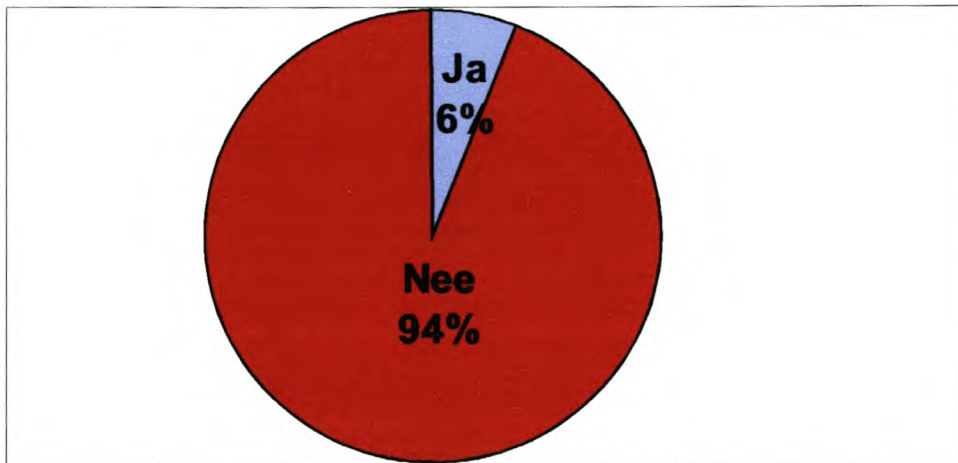
- Die insluitingskriteria vir die bevallings wat geëvalueer is, was van só 'n aard dat die verpleegkundige nie noodwendig blootgestel was aan bevallings waar 'n episiotomie aangedui was nie.
- Vroedvroue hanteer in die algemeen slegs normale bevallings. Indien enige komplikasie tydens die voorgeboortetydperk, of gedurende die eerste stadium van kraam voorkom, word die pasiënt meestal betyds verwys vir hantering deur 'n geneesheer.
- Die aard van hul opleiding speel 'n rol. Verpleegkundiges se voorregistrasie-opleiding sluit nie chirurgiese prosedures in nie. Hulle het dus nie die vrymoedigheid om met selfvertroue 'n chirurgiese insnyding, in hierdie geval 'n episiotomie, te maak nie.

Die navorser se indruk was dat die verpleegkundiges wat die bevallings behartig, meestal voldoende tyd het om wel 'n episiotomie te knip, maar angstig is om die baba so spoedig moontlik te verlos in geval van komplikasies soos fetale nood. Dit blyk dat hulle, as gevolg van tydse beperking, nie lokale verdowing wil toedien nie en eerder ná die bevalling 'n moontlike perineale skeur sal heg.

Indien episiotomies wel geknip word, word meestal slegs perineale faktore en nie moederlike en/of fetale faktore nie, as indikasies beskou. Die navorser het ook bevind dat verpleegkundiges in die algemeen nie gemaklik daarmee voel om 'n episiotomie sonder lokale verdowing te knip nie.

Die navorser het bevind dat die betrokke episiotomies (n=2 of 6%) wel tydens die **optimale tyd**, soos aangedui, geknip is.

Volgens Sellers (1993:547) is 'n medio-laterale episiotomie die algemeenste, maar ook die mees effektiefste van al die **tipes episiotomies**. De Leeuw *et al.* (2001:287) het ook in hul studie gevind dat 'n medio-laterale episiotomie kan verhoed dat die pasiënt 'n derdegraadse skeur kry en dus skade aan die anale sfinkter opdoen.

FIGUUR 4.57**Episiotomie geknip (N=33)**

Die episiotomies wat wel geknip is tydens die bevallings wat geobserveer is (n=2 of 6%), is medio-lateraal geknip. Die verpleegkundiges wat die vraelyste voltooi het, soos uiteengesit in Figuur 4.27, het feitlik almal (n=44 of 98%) aangedui dat 'n episiotomie insnyding gewoonlik medio-lateraal is.

Volgens Sellers (1993:549) is die J-vormige insnyding 'outdated', maar spesialiste-in-opleiding by 'n streekshospitaal wat in hierdie studie ingesluit is, is van mening dat 'n J-vormige insnyding minder geneig is om verder te skeur as 'n medio-laterale insnyding. Hulle is tans besig met navorsing op hierdie gebied. Die navorser is van mening dat dit 'n betreklike moeilike manoeuvre is, en as gevolg van die min tyd waartydens 'n episiotomie geknip kan word, en boonop meestal met 'n stomp skêr, is hierdie tipe insnyding nie die ideaal nie.

Sellers (1993:555) se mening betreffende die **lengte van 'n episiotomie** is dat 'n episiotomie kleiner as 3 cm oneffektief is vir die doel waarvoor dit uitgevoer word. Die gevaar bestaan ook dat die insnyding verder sal skeur.

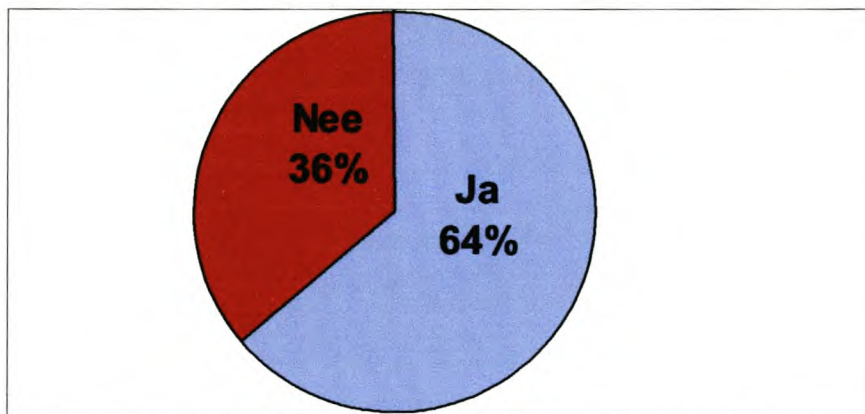
Van die twee episiotomies wat in hierdie studie geknip is, was een insnyding minder as 4 cm en 'n ander insnyding langer as 4 cm. Indien hierdie bevinding met die response van die verpleegkundiges wat die vraelyste voltooi het vergelyk word, soos uiteengesit in Figuur 4.28, is dit duidelik dat amper die helfte van die respondente (47%), sowel as diegene wat bevallings behartig, episiotomies korter as 2 cm lank knip.

Figuur 4.58 toon dat by 36% (n=12) van die bevallings wat geobserveer is, daar geen **samewerking van die moeder** was nie, met die gevolg dat 83% (n=10) van hierdie pasiënte perineale skeure van een of ander aard opgedoen het.

Dit is dus belangrik dat die moeder reeds tydens die voorgeboorte-periode in detail ingelig moet word wat die verpleegkundige van haar as pasiënt verwag tydens die tweede stadium van kraam. Indien dit egter nie moontlik was nie, kan die pasiënt tydens die eerste stadium volledig ingelig word en indien nodig kan die asemhalingstegnieke aan haar gedemonstreer word.

FIGUUR 4.58

Moederlike samewerking (N=33)



Die insluitingskriteria vir bevallings waargeneem, sluit geen **geassisteerde verlossings** in nie. Die navorser wil egter melding maak dat die literatuur,

navorsing en geneeshere in die praktyk saamstem dat die insidensie van erge perineale trauma met 'n tangverlossing geassosieer word en dat 'n suierverlossing eerder die keuse moet wees indien 'n geassisteerde verlossing wel aangedui is.

De Leeuw *et al.* (2001:387) het ook met hul studie in Nederland tot die gevolgtrekking gekom dat, indien 'n obstetriesse situasie 'n tang- of suierverlossing aandui, eerder van 'n suierverlossing gebruik gemaak moet word. Hierdie outeurs het gevind dat die insidensie van derdegraadse skeure laer is by suierverlossings as by tangverlossings.

Tydens 'n informele gesprek met 'n algemene geneesheer werksaam in 'n plattelandse distrikshospitaal, blyk dit dat plattelandse geneeshere 'n keisersnit bo 'n tangverlossing verkies. Hulle het ook ondervind dat tangverlossings erge perineale trauma tot gevolg het.

Betreffende die **beheer van 'n verlossing**, word in Figuur 4.59 aangetoon dat in 91% van die bevallings (n=30) die fetale skedel goed beheer is deurdat die verpleegkundige:

- fleksie van die fetale kopie verhoog deur middel van matige drukking op die voorliggende deel in die rigting van die perineum;
- haar hand oor die verteks hou en die bi-pariëtale afmeting tussen haar duim en vingers vasvat en
- met die geboorte van die kopie die verteks help uitlig sodat die kopie deur middel van ekstensie gebore word, terwyl die hand wat die perineum ondersteun, verdere drukking toepas sodat die gesiggie oor die perineum glip.
- Die moeder aangesê het om nie tydens die geboorte van die kopie af te beur nie, maar eerder diep asem te haal sodat die

skedel gebore word alleenlik met behulp van die uteriene kontraksies.

Die navorser het gevind dat wanneer die skedel verlos is, min aandag aan die **verlossing van die lyfie** gegee word. Dikwels word die lyfie met slegs een kontraksie verlos. Dit was ook nie altyd duidelik of die skouers in die antero-posterior posisie was vóór die verlossing daarvan nie. Tydens die verlossing van die skedel was die navorser dikwels oortuig dat daar geen perineale skeure opgedoen is nie, maar ná die geboorte van die baba was daar dikwels eerste- of tweedegraadse skeure, wat moontlik te wyte was aan die verlossing van die skouers in 'n skuinsafmeting. Soos reeds genoem, word in Figuur 4.56 aangetoon dat by 76% (n=25) van die bevallings wat geobserveer is, daar perineale skeure van een of ander aard was.

Dit blyk dus dat perineale skeure direk geassosieer word met vinnige, ongekontroleerde bevallings waar die moeder ook weinig, indien enige, samewerking gee.

Die aantal **bevallings** geobserveer deur die navorser (N=33), is **behartig** deur verpleegkundiges uit die volgende kategorieë:

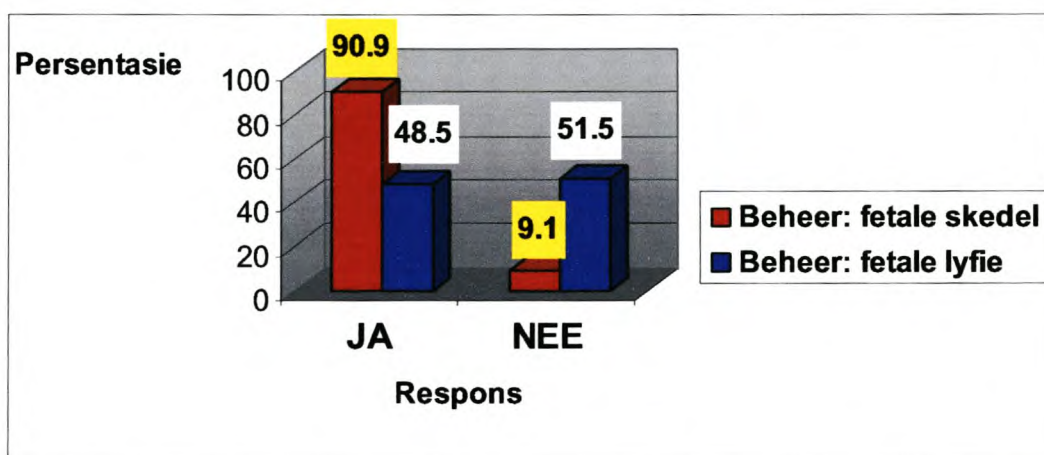
- student-verpleegkundiges (n=17 of 52%) waarvan dertien van die pasiënte perineale skeure opgedoen het;
- geregistreerde verpleegkundiges (n=3 of 9%) waarvan al die pasiënte perineale skeure opgedoen het en
- geregistreerde vroedvroue (n=13 of 39%) waarvan nege van die pasiënte tydens die geboorte perineale skeure opgedoen het.

'n Navorsingstudie gedoen deur Aikins *et al.* (1998:234) in die VSA, wat hulle studie gefokus het op bevallings deur vroedvroue, het tot die gevolgtrekking gekom dat dit moontlik vir vroedvroue is om 'n hoë insidensie van intakte perineums en 'n lae insidensie van episiotomies te behaal met 'n

geselekteerde populasie in geselekteerde omstandighede. Hulle het gevind dat veral hoë pariteit, manuele ondersteuning van die perineum en 'n hurk- of knielposisie tydens die verlossing met 'n intakte perineum geassosieer word.

FIGUUR 4.59

Beheerde verlossing (N=33)



Dit is duidelik dat bogenoemde intrapartumfaktore aanleiding gee tot perineale skeure. Alhoewel die persentasie van al hierdie faktore in die minderheid was, soos voorgestel in die onderskeie figure, wil die navorser dit beklemtoon dat hierdie risikofaktore wel 'n invloed op die voorkoms van perineale trauma het.

Die verpleegkundige moet besef dat daar verskeie moederlike én fetale oorsake vir perineale trauma is, hetsy 'n skeur of episiotomie, en nie slegs faktore betreffende die perineum nie. Die vroedvrou moet dit identifiseer as hoë risikofaktore vir perineale skeure en voorkomend 'n episiotomie knip.

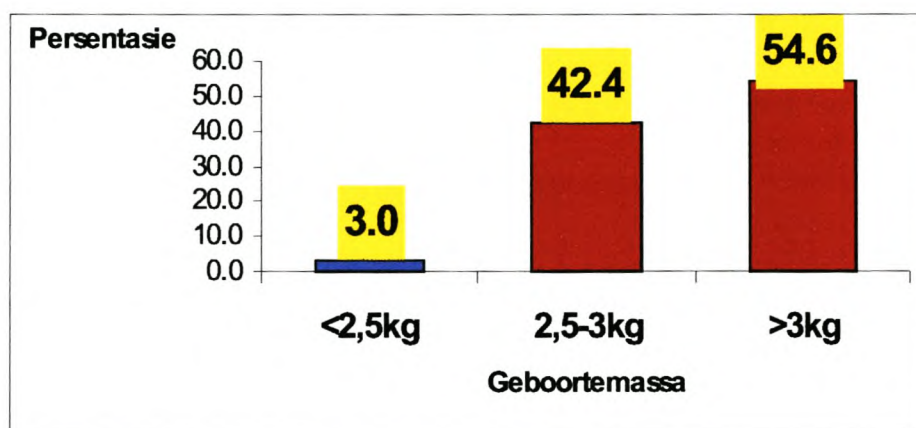
4.3.2.4 Besonderhede van die neonaat (item 42-43)

Die navorser wou ook die invloed van **geboortemassa** op perineale skeure bepaal en het gevind dat 55% (n=18) van die babas se geboortemassa meer as drie kilogram was, met 'n gemiddelde geboortemassa van 3,3 kilogram

soos aangedui in Figuur 4.60. Verdere ontleding toon dat tweede- en derdegraadse skeure by 22% (n=4) van hierdie geboortes voorgekom het. Daar is egter nie vir een van hierdie moeders 'n episiotomie geknip nie.

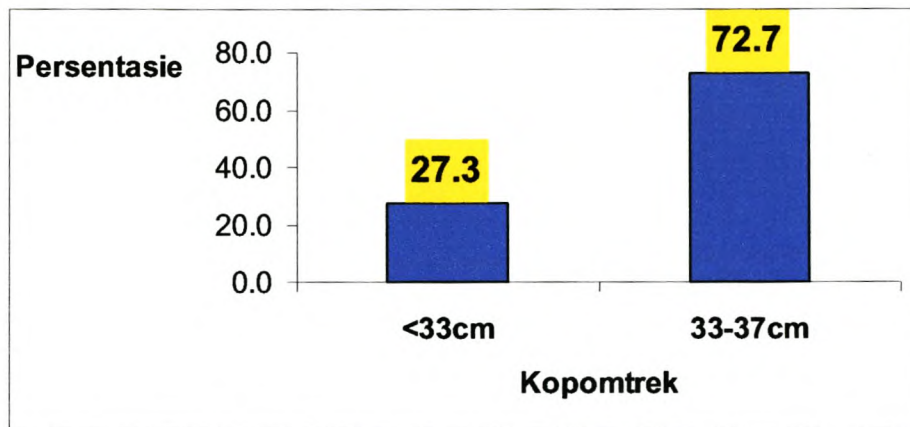
FIGUUR 4.60

Geboortemassa (N=33)



Die **kopomtrek** van 'n termbaba wissel tussen 33 en 37 cm, gemeet bokant die supra-orbitale riwwe en agter oor die mees prominente gedeelte van die oksiput om sodoende die maksimale omtrek van die oksipitofrontale afmeting te bepaal (Henning, 1993:16).

Die navorser het bevind dat 73% (n=24) van die babas se kopomtrek tussen 33 en 37 cm is, met 'n gemiddelde kopomtrek van 34,1 cm. Ses (25%) van hierdie moeders het tweede- of derdegraadse skeure tydens die geboorte opgedoen soos aangedui in Figuur 4.61.

FIGUUR 4.61**Kopomtrek (N=33)****4.3.3 Kontrolelys betreffende die hegting van perineale wonde**

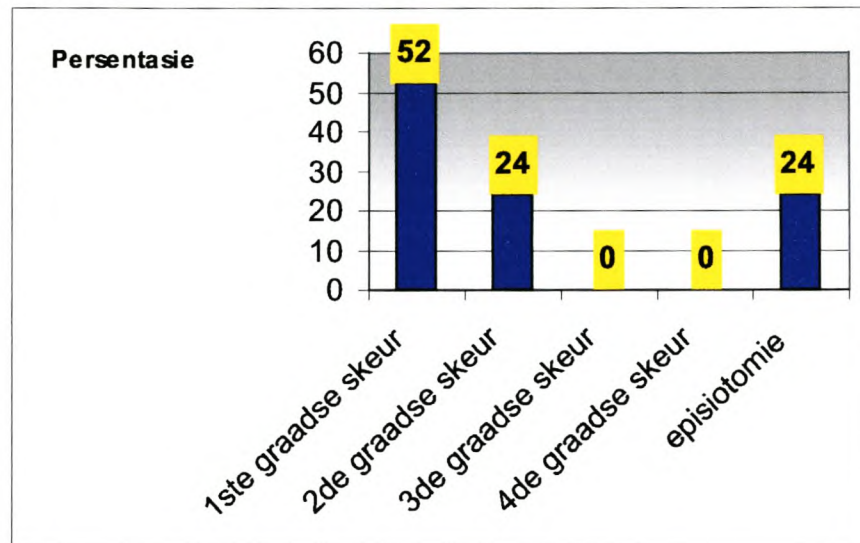
Die hegting van perineale wonde is aan die hand van die kontrolelys wat deur die navorser opgestel is, geobserveer en die bevindings word bespreek.

4.3.3.1 Algemene besonderhede (item 4-11)

In Figuur 4.62 word die **tipe perineale wonde** wat geheg is en deur die navorser geobserveer is, uiteengesit. Een van die eerstegraadse skeure was met 'n para-uretrale laserasie gekompliseer.

Die navorser is van mening dat eerste- en tweedegraadse skeure gesubklassifiseer moet word indien dit gekompliseer is met para-uretrale of transuretrale laserasies.

Die navorser het geen derde- of vierdegraadse skeure geobserveer nie, aangesien dit deur 'n geneesheer in die teater geheg word.

FIGUUR 4.62**Tipe perineale wond (N=25)**

Die aantal hegtings (n=25) is nie noodwendig dieselfde pasiënte wie se bevallings geobserveer is nie. Soos aangedui in Figuur 4.62 is episiotomies geknip vir 'n persentasie van 24% (n=6), weens een van die volgende **indikasies**, of 'n kombinasie daarvan:

- Moederlik, naamlik swak moederlike samewerking of moederlike uitputting.
- Voorkomend, naamlik verlengde tweede stadium van kraam.
- Perineaal, naamlik stywe, rigiede perineum.
- Fetaal, naamlik verstadigings van die fetale hart.

Soos reeds genoem, was die navorser tydens die observasie van verskeie bevallings van mening dat daar voldoende indikasies was vir 'n episiotomie, maar dat dit nie geknip is nie.

Verdere ontleding van die navorser se veldnotas toon dat die perineum tydens een bevalling baie styf met kroning van die fetale skedel was en die fourchette reeds begin skeur het. Die geregistreerde vroedvrou wou nie 'n episiotomie knip nie, aangesien die perineum nie vooraf met lokale verdowing geïnfiltreer was nie.

Bennet *et al.* (1999:460) stel voor dat die pasiënt in litotomie-**posisie** geheg word, aangesien die besigtiging van die hegtingsarea beter en ook geriefliker vir die verpleegkundige is. Slegs 28% (n=7) van die pasiënte is egter in die litotomie-posisie geheg. Met verdere ontleding van die navorser se veldnotas is gevind dat verpleegkundiges óf gemaklik heg met die pasiënt in die dorsale posisie, óf nie die toerusting het vir die litotomie-posisie nie.

Die aseptiese tegniek is geobserveer ten opsigte van die volgende:

- hande chirurgies skoon;
- vulva en dye gedep met aseptiese middels;
- hegtingsarea bedek met steriele doeke en
- steriele toerusting gebruik.

Al die verpleegkundiges wat perineale wonde geheg het (n=25) se hande was chirurgies skoon en met steriele chirurgiese handskoene bedek.

Die navorser het gevind dat slegs 76% (n=19) van die pasiënte se vulva en dye voldoende gedep is. Die volgende is die middels wat hoofsaaklik gebruik is:

- Hibitane® en wateroplossing (n=8);
- steriele water (n=10) en
- 10% povidoonoplossing (n=7).

Dit blyk dat die spesifieke gesondheidsinstelling die tipe middel bepaal wat gebruik word. Individuele voorkeure het nie 'n rol gespeel nie. Diegene wat nie die perineum voldoende gedep het nie ($n=6$ of 24%), was óf ongeërg ten opsigte van steriliteit, óf geen steriele oplossings of doeke was beskikbaar nie. Laasgenoemde het slegs by die vroedvrou-verlossingseenhede voorgekom.

Dit blyk dat 28% ($n=7$) van die verpleegkundiges nie die hegtingsarea met steriele doeke bedek het nie. Die redes wat aangevoer is, was die volgende:

- Pasiënte is direk ná die bevalling geheg en dit was dus nie nodig om voor te berei vir 'n aparte prosedure nie ($n=4$ of 57%).
- Geen steriele voorrade was in die verlossingseenhede beskikbaar nie.
- Die navorser het bevind dat drie (43%) van hierdie verpleegkundiges ongeërg betreffende steriliteit was.

Steriele toerusting is deurgaans gebruik, hetsy vanaf die blad vir die bevalling, of vanaf 'n aparte hegtingsblad. Daar is gevind dat 20% ($n=5$) van die hegtings vanaf die bevallingsblad geheg is, wat nie altyd die korrekte instrumente bevat nie.

Verpleegkundiges doen hegtings meestal alleen en die hantering van steriele toerusting is dus, soos in die navorsing gevind is, nie altyd na wense nie. Die indruk wat die navorser gekry het tydens die observasie, is dat verpleegkundiges die hegtings as 'n chirurgies skoon prosedure hanteer en nie as 'n steriele prosedure nie.

4.3.3.2 Infiltrasietegniek (item 12-18)

Betreffende die argument of **verdowning** noodsaaklik is indien die perineale wond direk ná die bevalling geheg word, is bevind dat al vyf pasiënte, waarvan die eerstegraadse skeure direk ná die bevalling geheg is, nie lokale

verdowning gehad het nie. Die betrokke verpleegkundiges het die volgende redes daarvoor aangedui:

- die perineum is reeds verdoof as gevolg van die trauma van die bevalling en
- met die hegting van 'n eerstegraadse skeur, waar slegs een of twee steke benodig word, word die perineum dieselfde aantal kere gesteek tydens die infiltrasie as wat die geval sou wees met die inplaas van die steke.

Betreffende die **tipe en dosis lokale verdowning** toegedien, is gevind dat 1% Lignocaine® oplossing by al die betrokke gesondheidsinstellings vir die verdowning van die perineum gebruik word. 'n Maksimum van 20 ml kan toegedien word. Die gemiddelde hoeveelheid Lignocaine® wat gebruik is per pasiënt was 13 ml, waarvan die meeste 30 ml en die minste 4 ml per pasiënt was.

Sellers (1993:553) wys op die komplikasies van Lignocaine® indien die fetus per abuis raakgespuit sou word, naamlik asemhalingsonderdrukking, konvulsies, asfiksie en fetale dood, afhangende van die hoeveelheid wat ingespuut is. Die moeder kan ook toksiese tekens, soos slaperigheid, hipotensie en verwardheid ervaar indien óórdosering plaasvind. Dit is dus belangrik dat die spuit telkens teruggetrek moet word om te verseker dat die naald nie in 'n bloedvat is nie.

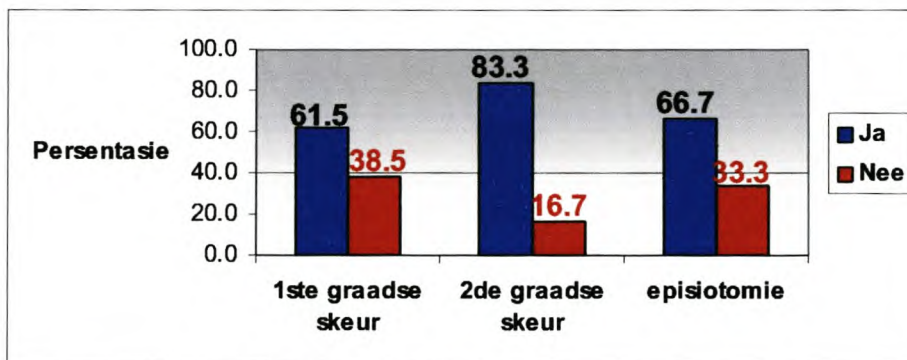
Tot watter mate die **infiltrasietegniek** korrek was vir die hegting van onderskeidelik 'n eerstegraadse en tweedegraadse skeur, sowel as 'n episiotomie, word verduidelik in Figuur 4.63. Betreffende die eerstegraadse skeure, is 39% (n=5) van die pasiënte nie geïnfiltreer nie, aangesien die hegtings soos reeds genoem, direk ná die bevalling gedoen is. Die ander agt pasiënte (62%) is wel korrek langs die wondrande geïnfiltreer.

Betreffende die infiltrasie van die tweedegraadse skeure, het slegs een verpleegkundige nie die wond korrek geïnfiltreer nie. Ontleding van die veldnotas toon dat hierdie geregistreerde vroedvrou slegs die diep strukture en nie die wondrande geïnfiltreer het nie. Slegs 10 ml Lignocaine® is vir die verdowing van hierdie tweedegraadse skeur gebruik.

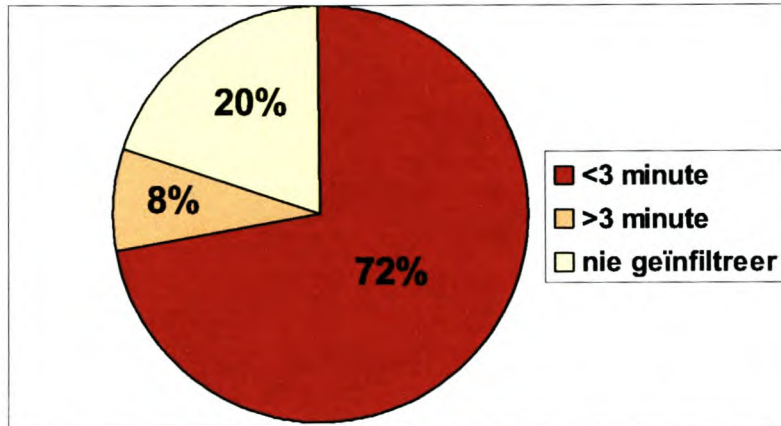
Betreffende die infiltrasie vir die knip van 'n episiotomie, is gevind dat 67% (n=4) van die verpleegkundiges wel die perineum vooraf waaivormig geïnfiltreer het. Twee (33%) van die ander episiotomies is vooraf geïnfiltreer slegs waar die episiotomie geknip is. Met verdere ontleding is gevind dat dit studente was wat nie die perineum korrek geïnfiltreer het nie. Die navorser beklemtoon dat studente bevallings en hegtings ten alle tye onder toesig moet doen.

FIGUUR 4.63

Infiltrasietegniek korrek (N=25)



Betreffende die **tydsduur voor met die hegting begin word**, noem Sellers (1993:552) dat Lignocaine® eers effektief is ná ongeveer drie minute. Figuur 4.64 toon aan dat 72% (n=18) van die verpleegkundiges onmiddellik na infiltrasie die wond begin heg het, terwyl slegs twee verpleegkundiges gewag het dat die verdowing eers effektief was.

FIGUUR 4.64**Tydsduur voor hegting (N=25)****4.3.3.3 Hegtingstegniek (item 19-33)**

'n Korrekte hegtingstegniek is daarop gemik om te verseker dat geen dooie spasies gelaat word wat gevolglike genesing van die wond kan vertraag nie.

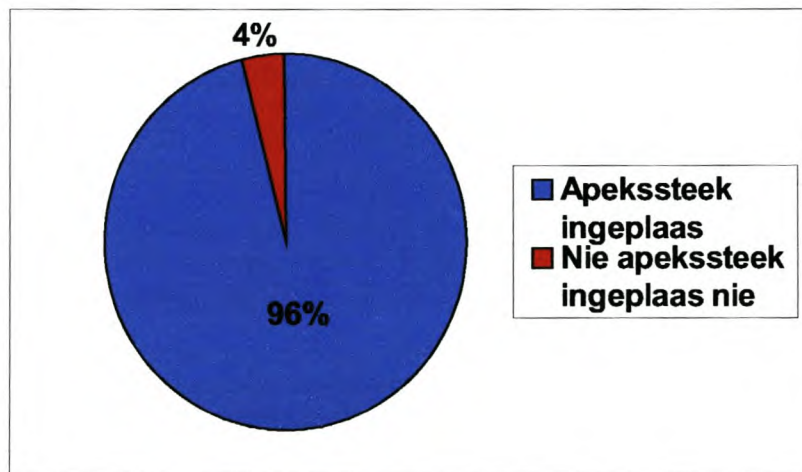
Bloeding moet eers **beheer** word voor met die hegting begin kan word. Die navorser het gevind dat 96% (n=24) van die verpleegkundiges wel bloeding vanaf die uterus en/of bloeipunte beheer het deur middel van die opvryf van die fundus, direkte drukking of afbind van bloeipunte en/of die inplaas van 'n tampon in die vagina. 'n Tampon word as standaardprosedure in die vagina geplaas om bloeding vanuit die uterus te absorbeer en sodoende hegting te vergemaklik. Slegs 64% (n=16) van die verpleegkundiges het van tampons gebruik gemaak.

Die eerste steek wat gewoonlik bokant die apeks, of die hoogste punt van die wond in die vaginale mukosa geplaas word om bloeding en 'n moontlike hematoom te voorkom, is die **apekssteek** (Sellers,1993:556). Die hoeveelheid apekssteke hou dus direk verband met die aantal afsonderlike laserasies. Figuur 4.65 toon dat 96% (n=24) van die verpleegkundiges die apeks geïdentifiseer en wel 'n apekssteek ingeplaas het. Die veldnotas toon

dat die een verpleegkundige wat nie 'n apekssteek in die wond geplaas het nie, slegs twee onderbroke steke in die vaginale mukosa geplaas het, waarvan die eerste steek net onder die apeks van die wond was.

FIGUUR 4.65

Hegting van die vaginale mukosa: apekssteek (N=25)



Die **tipe steke** wat meestal gebruik word om die dieper strukture te heg, is volgens Bennet *et al.* (1999:462) 'n aantal onderbroke steke om dooie spasies en gevolglike bloeding en/of onnodige littekens te voorkom.

Die vaginale mukosa en sub-mukosa word daarna met verkieslik aaneenlopende steke geheg aangesien dit beter hemostase tot gevolg het. Figuur 4.66 dui aan dat 52% (n=13) van die verpleegkundiges wel aaneenlopende steke in die vaginale mukosa en sub-mukosa geplaas het. Uit die respondente wat die vraelyste voltooi het, het 80% (n=36) egter aangedui dat die vaginale mukosa en sub-mukosa met aaneenlopende steke geheg moet word.

Figuur 4.66 dui ook aan dat 32% (n=8) van die verpleegkundiges die vaginale mukosa en sub-mukosa met onderbroke steke geheg het. 'n Rede wat deur 'n geregistreerde vroedvrou aangevoer is, was dat indien 'n steek per abuis

die rektum penetreer, slegs die betrokke steek verwyder moet word in plaas van die volledige aaneenlopende steek. Die navorser is egter van mening dat onderbroke steke ongemaklik vir die pasiënt is, maar ook moeilik is om, veral sonder assistensie, in die vaginale kanaal te plaas.

Die 'ander' steke waarna verwys word, is aaneenlopende matrassteke ($n=3$ of 12%). Dit vorm wel 'n netjiese stekelyn en is minder ongemaklik vir die pasiënt, maar die navorser is van mening dat dit gepaardgaan met te veel hantering van die naald tydens hegting waartydens die verpleegkundige hom/haarself kan raak steek. Inaggenome die hoë insidensie van HIV-positiewe pasiënte en die feit dat die verpleegkundige meestal sonder hulp die hegting moet doen, is matrassteke dus nie geskik om die vaginale mukosa te heg nie.

Die kategorie 'vaginale mukosa nie geheg', soos aangedui in Figuur 4.66, verwys na 'n enkele eerstegraadse skeur waar slegs die fourchette, asook een sentimeter perineale vel onder die fourchette, geskeur het.

Van die 24 hegtings van die vaginale kanaal wat dus gedoen is, is slegs 8% ($n=2$) nie korrek geheg nie, naamlik die inplasing van die apekssteek en die hegting van die dieper strukture.

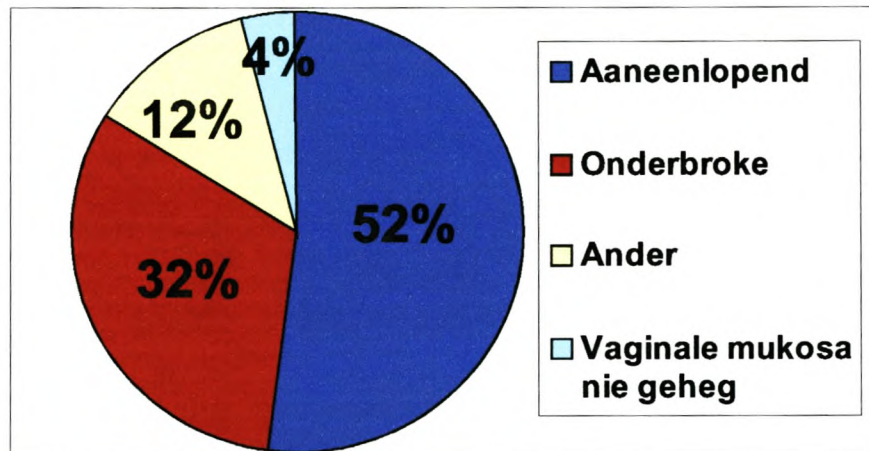
Verdere ontleding toon dat 21% ($n=5$) van die verpleegkundiges 'n snynaald in plaas van 'n ronde naald gebruik het om die vaginale mukosa te heg. Die redes wat aangevoer is, was dat dit makliker heg, of geen ander voorraad was beskikbaar nie. Weereens inaggenome die hoë insidensie van HIV-positiewe pasiënte, is dit gevaarlik om 'n snynaald te gebruik vir hegting in die vaginale kanaal, aangesien dit 'n moeilike area is om te heg, veral omdat die verpleegkundige meestal alleen heg en besering makliker plaasvind.

Verdere ontleding van die veldnotas toon dat die aantal verpleegkundiges wat die naald met hul vingers hanteer, veral wanneer die hoë HIV-insidensie van

pasiënte in ag geneem word, kommerwekkend is. Die navorser het egter nie die getal of persentasie bepaal nie.

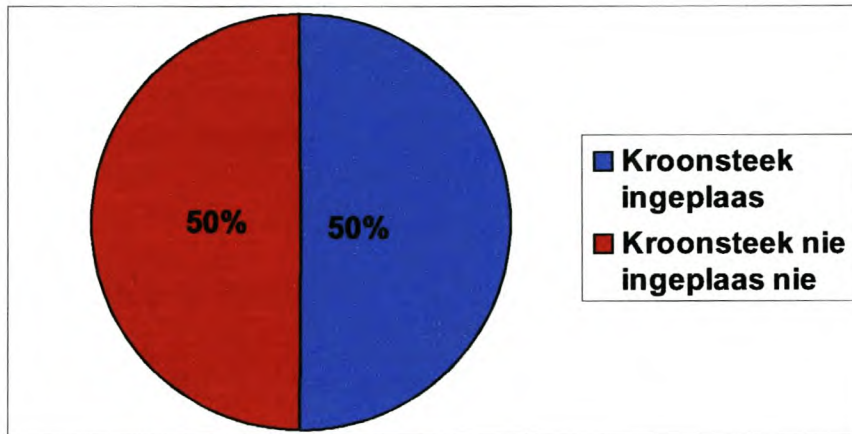
FIGUUR 4.66

Tipe steke in vaginale mukosa (N=25)



Soos reeds aangedui in Figuur 4.62, het 48% van die pasiënte onderskeidelik tweedegraadse skeure ($n=6$ of 50%) en episiotomies ($n=6$ of 50%) gehad wat geheg is.

In Figuur 4.67 word aangetoon dat slegs 50% ($n=6$) van die verpleegkundiges 'n syfer-8 **kroonsteek** ingeplaas het om die dieper strukture te heg. Die navorser het bevind dat aaneenlopende ($n=3$ of 25%), onderbroke ($n=8$ of 67%) en selfs matrassteke ($n=1$ of 9%) gebruik is om die bulbocavernosusspier te heg.

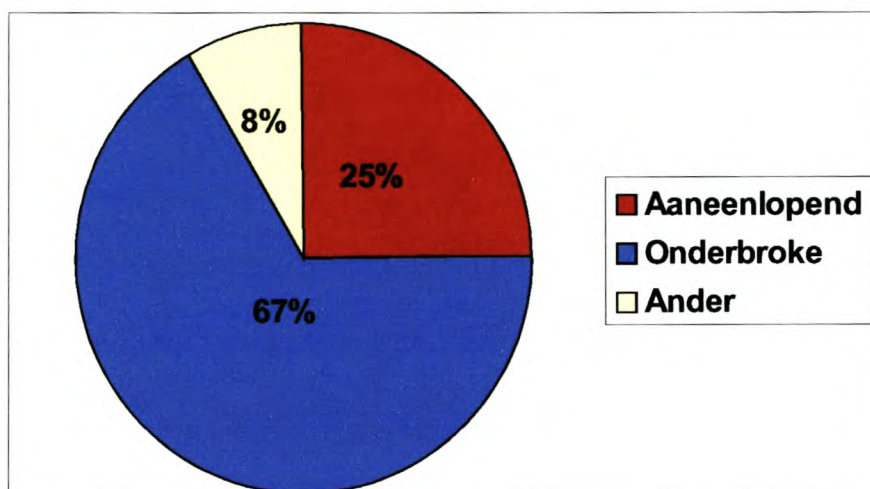
FIGUUR 4.67**Hegting van perineum: kroonsteek ingeplaas (n=12)**

Betreffende die **tipe steke** wat gebruik word **om die perineale spierlaag te heg**, is reeds aangedui dat aaneenlopende steke, hetsy matras of gewone steke, nie geskik is om 'n spierlaag te heg nie, as gevolg van die mate speling op laasgenoemde. 'n Syfer-8 en/of onderbroke steke word aanbeveel. Soos aangedui in Figuur 4.68, is gevind dat 25% (n=3) van die verpleegkundiges aaneenlopende steke gebruik het om die spierlaag te heg. Die 'ander' waarna verwys word in Figuur 4.68, is matrassteke wat gebruik is (n=1 of 9%).

Die navorser het verder gevind dat by 50% (n=6) van die hegings die perineale spierlaag met 'n snynaald en slegs by 42% (n=5) met 'n ronde naald geheg is. Die redes wat aangevoer was, is dat dit makliker is om met 'n ronde naald te heg en dat geen ander hegingsmateriaal in voorraad was nie. Dit is onbekend wat by een pasiënt (9%) gebruik is.

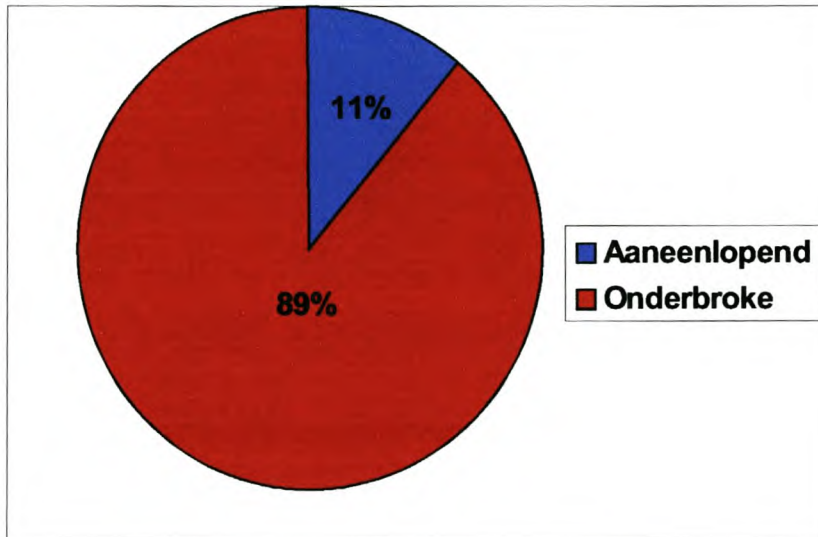
Verdere ontleding toon dat slegs 58% van die verpleegkundiges se tegniek, betreffende die heging van die perineale spierlaag, korrek was.

FIGUUR 4.68

Tipes steke in perineale spierlaag (n=12)

Figuur 4.69 toon dat 89% (n=16) van die verpleegkundiges die pasiënte se **perineale vel** met onderbroke steke en slegs 11% (n=2) met aaneenlopende steke geheg het (tweedegraadse skeure, episiotomies en sommige eerstegraadse skeure is by hierdie ontleding ingesluit - n=18). Hierdie bevinding stem ooreen met die praktyk van diegene wat die vraelyste voltooi het. Figuur 4.40 dui aan dat 89% (n=40) van die respondente die perineale vel met onderbroke steke heg.

Dit blyk dus dat verpleegkundiges verkies om oppervlakkige wonde met onderbroke steke te heg. Die navorser is van mening dat verpleegkundiges individuele voorkeure het ten opsigte van die gebruik van onderbroke steke, hetsy matras- of gewone onderbroke steke, óf aaneenlopende steke, hetsy matras- of gewone aaneenlopende steke om die perineale vel te heg.

FIGUUR 4.69**Tipes steke in perineale vel (n=18)**

Die navorser het verder bevind dat 11% (n=2) van die verpleegkundiges die perineale vel met 'n ronde naald geheg het. Verdere ontleding van die veldnotas toon dat geen spesifieke redes gegee is nie, terwyl 83% (n=15) wel 'n snynaald gebruik het. Een geval was nie gerekordeer nie.

Die navorser het gevind dat die verpleegkundiges vaardig was betreffende die **tegniek van hegting van die perineale vel**. Met uitsondering van een hegting, is die steke ongeveer een sentimeter gespaseer en die wondrande was deurgaans langs mekaar, met uitsondering van twee hegings. Die navorser het gevind dat verpleegkundiges die eerste knoop te styf getrek het met gevolglike onnodige plooiing van die weefsel wat ongemak by die pasiënt kon veroorsaak het. Die navorser is van mening dat die eerste knoop stewig, maar nie styf, geknoop moet word nie. Die tweede en derde knoop kan egter maksimaal vasgetrek word.

Die tipe **hegtingsmateriaal** wat deurgaans gebruik is in die onderskeie gesondheidsinstellings is chroom-oplosbaar met 'n ronde naald vir die

hegting van sagte weefsel en chroom-oplosbaar met 'n snynaald vir die perineale vel.

4.3.3.4 Verpleegkundige optrede ná voltooiing van die hegting (item 34-41)

Die **vaginale introïtus** moet ná voltooiing van die hegting ondersoek word om te bevestig dat die anatomiese belyning korrek is en geen bloeding uit die wond plaasvind nie. Met die uitsondering van twee hegtings, is die stekelyn van al die pasiënte wel ná afloop van die hegting ondersoek (n=23).

Vaginale tampons met toutjies moet tydens hegting gebruik word, aangesien enige ander deppers per abuis kan agterbly in die fornikse en puerperale sepsis kan veroorsaak. Laasgenoemde kan medies-geregtelike implikasies tot gevolg hê. Vir slegs 64% van die pasiënte is vaginale tampons ingeplaas. Alle tampons is egter ná die hegting verwyder.

Die navorser het gevind dat 16% (n=4) van die pasiënte se **uterus** nie ná voltooiing van die hegting **opgevryf** is nie. Met ontleding van die veldnotas is gevind dat hierdie verpleegkundiges dit nie as deel van die prosedure beskou het nie en aangevoer het dat die fundus reeds ná die verlossing van die plasenta opgevryf is.

Ná voltooiing van 'n hegting, behoort 'n **rektale ondersoek** op alle pasiënte gedoen te word om vas te stel dat geen steke die rektum penetreer nie, aangesien penetrerende steke 'n rektovaginale fistel tot gevolg kan hê (Bennet *et al.*, 1999:462). Die navorser het gevind dat 48% (n=12) van die verpleegkundiges nie as roetine 'n rektale ondersoek ná die hegting uitgevoer het nie. Dit blyk egter dat die meerderheid van hierdie gevalle (75% of n=9) hegtings van eerstegraadse skeure was en dat die verpleegkundiges van mening was dat geen diep steke ingeplaas word nie. 'n Rektale ondersoek is ongemaklik, pynlik en vernederend vir die pasiënt. Die navorser is van mening dat indien 'n eerstegraadse skeur ongekompliseerd is, 'n rektale ondersoek onnodig is. Dit behoort slegs uitgevoer te word ná die hegting van

'n episiotomie en/of tweedegraadse skeur waartydens dieper strukture geheg word en penetrerende steke wel in die rektum mag voorkom.

Min literatuur maak melding van die belang dat verpleegkundiges moet kontroleer dat 'n pasiënt gemaklik **urine** kan **passeer** ná 'n hegting, veral in geval van para-uretrale laserasies. Slegs 64% van die verpleegkundiges in hierdie studie het voorligting aan die pasiënt gegee dat sy nie mag huis toe gaan alvorens sy urine passeer het nie. Die rede hiervoor is nie aan die pasiënt verskaf nie.

Al die besonderhede is met elke hegting ná afloop daarvan, volledig gerekordeer.

4.3.3.5 Individuele vaardighede

Individuele bevoegdheid is ook ten opsigte van die volgende aspekte bepaal:

- aseptiese tegniek;
- infiltrasie van perineale wonde;
- hegting van die vaginale mukosa en sub-mukosa en inplaas van 'n apekssteek;
- hegting van die perineum en inplaas van kroonsteek en
- hantering van die pasiënt.

Die verpleegkundige moes die oppervlakkige, sowel as diep strukture, korrek kon infiltrer en heg.

4.3.3.5.1 Individuele vaardigheid betreffende infiltrasietegniek (n=17)

Slegs perineale wonde wat deur verpleegkundiges geïnfiltreer is, is geobserveer. Soos reeds genoem, is sommige eerstegraadse wonde nie

geïnfiltreer nie, veral dié wat slegs een steek benodig het en direk ná die bevalling geheg is.

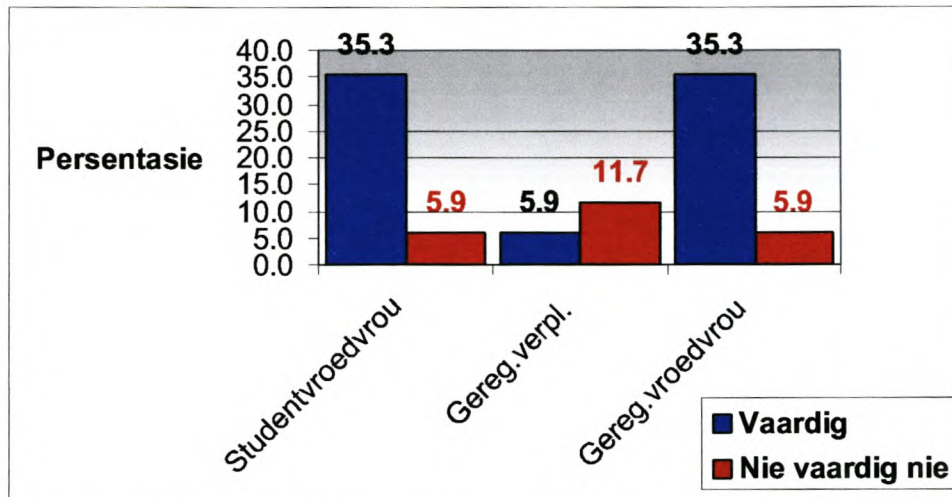
Die volgende kritiese punte is geïdentifiseer wat die verpleegkundige moes kon doen betreffende die infiltrasie van perineale wonde:

- korrekte middel en dosis;
- toets om te verseker middel word nie binne-aars toegedien nie;
- beide wondrande van eerste- en tweedegraadse skeur en episiotomie infiltreer;
- beide kante die diep strukture infiltreer en
- ten minste drie minute wag voordat met hegting begin word.

Uit Figuur 4.70 blyk dit dat die meerderheid verpleegkundiges nie probleme ondervind met die infiltrasie van perineale wonde nie. Verdere ontleding toon dat slegs een geregistreerde vroedvrou nie vaardig was betreffende die infiltrasie nie. Sy het slegs die wondrande geïnfiltreer met lokale verdoving en nie die dieper strukture nie.

4.3.3.5.2 Individuele vaardighede betreffende hegting van 'n eerstegraadse skeur

Soos reeds aangedui in Figuur 4.62, is die hegting van dertien eerstegraadse skeure geobserveer (n=13).

FIGUUR 4.70**Individuele vaardigheid betreffende infiltrasietegniek (n= 17)**

Die volgende kritiese punte is geïdentifiseer wat die verpleegkundige moes kon doen betreffende die hegting van 'n eerstegraadse skeur:

- apekssteek inplaas;
- onderskeidelik 'n ronde naald gebruik vir hegting van die mukosa en sub-mukosa, asook die perineale spier en snyaald vir die perineale vel;
- onderbroke of aaneenlopende steke vir sagte weefsel en/of perineale vel;
- korrekte anatomiese belyning van fourchette; en
- slegs instrumente gebruik tydens die hegting.

Die navorser beveel aan dat aaneenlopende steke voorkeur moet geniet vir die hegting van die vaginale mukosa en sub-mukosa, aangesien die naald

minder hanteer word en kanse om per ongeluk raakgesteek te word, dus minder is.

Figuur 4.71 toon dat 23% (n=3) van die studente nie bevoeg was betreffende hegting van eerstegraadse skeure nie. Ontleding van die veldnotas dui aan dat hierdie studente óf ongeërg, óf onbeholpe voorgekom het. Die studente het aangedui dat daar slegs een keer aan hulle gedemonstreer was en dat hulle daarna op hulself aangewese is betreffende die hegting. 'n Ander student was ná die derde hegting nog onseker. Slegs instruksies is gegee en daar was geen direkte toesig deur 'n geregistreerde vroedvrou nie. 'n Ander student heg weer op haar eie, sonder enige toesig, weens die hoë werklading in die kraamsaal.

Figuur 4.71 toon dat 31% (n=4) van die geregistreerde vroedvroue nie vaardig is om eerstegraadse skeure te heg nie. Matrassteke is onder andere in die vaginale kanaal ingeplaas sonder enige assistensie. Een geregistreerde vroedvrou het besonder vaardig voorgekom met die hegting, maar foutiewe hegtingstegnieke is gebruik. Sy was besig met 'n demonstrasie aan studente.

4.3.3.5.3 Individuele vaardigheid betreffende hegting van tweedegraadse skeur en episiotomies (n=11)

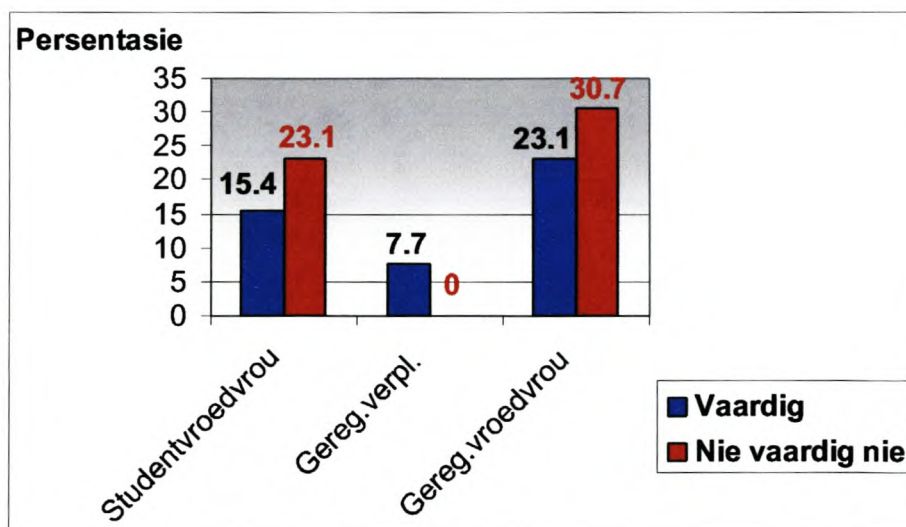
Dieselfde anatomiese strukture is betrokke in tweedegraadse skeure en episiotomies. Vir beide is dieselfde kritiese punte geïdentifiseer wat die verpleegkundige moes kon doen, naamlik:

- apekssteek inplaas;
- diep strukture korrek geheg met onderbroke steke;
- vaginale mukosa en submukosa korrek geheg met gewone aaneenlopende of onderbroke steke;
- anatomiese belyning van fourchette korrek;

- kroonsteek en/of onderbroke steke korrek ingeplaas in perineale spierlaag;
- perineale vel korrek geheg met onderbroke, aaneenlopende of matrassteke;
- ronde naald vir sagte weefsel en snynaald gebruik vir perineale vel en
- wondrande langs mekaar, met ongeveer een sentimeter spasiëring tussen steke.

FIGUUR 4.71

**Individuele vaardigheid betreffende hegting van eerstegraadse skeur
(n=13)**



Indien daar aan twee of meer kriteria nie voldoen is nie, is die betrokke verpleegkundige beskou as nie-vaardig. Die individuele hegings volgens die kontrolelyste is gekontroleer met die veldnotas, wat die navorser afgeneem het tydens elke hegting, voordat besluit is of die betrokke verpleegkundige bevoeg is of nie. Hierdie maatreël dra by om die betroubaarheid van die data te verhoog.

In Figuur 4.72 word aangedui dat 46% ($n=5$) van die geregistreerde vroedvroue nie bevoeg is om tweedegraadse skeure en/of episiotomies korrek te heg nie. Die getal ($n=5$) is ongelukkig te klein om enige sinvolle statistiese afleidings te maak. Dit is nogtans ontstellend inaggenome dat hierdie groep verpleegkundiges betrokke is by die opleiding van studente.

Verdere ontleding toon dat 22% ($n=10$) van die verpleegkundiges wat die vraelyste voltooi het, aangedui het dat hul opleiding betreffende die heging van perineale wonde onvoldoende is en dat hul ook nie huidiglik vaardig is nie, soos uiteengesit in Figuur 4.18.

Die implikasies van hierdie bevindings vir die praktyk is dat vroedvroue voldoende onderrig en opleiding in perineale herstel benodig om meer effektief perineale hegings te kan doen.

4.3.4 *Gesimuleerde evaluasie van finale jaar studente (N=44)*

Soos reeds bespreek in Hoofstuk 3 onder 3.2.3.2 het hierdie groep studente 'n formele lesing ontvang betreffende die heging van perineale wonde, sowel as 'n demonstrasie. Hulle is tyd gegun om onder toesig in gesimuleerde omstandighede te oefen. Daarna is hulle vir 'n maand in die praktyk geplaas om soveel moontlik hegings onder toesig van 'n geregistreerde vroedvrou te doen.

Met die individuele evaluasies in gesimuleerde omstandighede ná 'n maand is die volgende bevind:

- slegs 77% van die studente se vaardigheid, betreffende hegings, is aanvaarbaar ($n=34$);
- 11% van die studente benodig nog oefening ($n=5$);
- 7% van die studente benodig hulp en heelwat oefening ($n=3$);

- 5% van die studente beskik oor hoegenaamd geen teoretiese of praktiese vaardighede nie (n=2).
- Op die vraag: "Hoe ervaar verpleegkundiges in die praktyk die knip en hegtings van episiotomies?", het slegs 55% (n=24) van die studente die vraag voltooi, waarvan slegs 17% (n=4) positiewe terugvoer gegee het dat episiotomies ernstige perineale skeure kan voorkom en minder gekompliseerd is om te heg. Die ander studente (n=20 of 83%) noem dat verpleegkundiges eerder 'n pasiënt sal toelaat om te skeur in plaas van om 'n episiotomie knip. Die redes wat aangevoer is, is weens onkunde rondom episiotomies, onbruikbare toerusting, of dat skeure makliker genees.

Die volgende probleme is geïdentifiseer:

- Studente ken nie die anatomie van die bekkenvloer nie.
- Studente is onseker betreffende die hoeveelheid lokale verdoving wat toegedien moet word asook die manier van infiltrasie.
- Studente is nie seker watter tipe steke in die verskillende areas gebruik moet word nie.
- Die algemene hantering van instrumente is lomp – heelparty is geneig om met behulp van vingers die naald deur te trek.
- Steke word te styf vasgetrek en die spasiëring is meestal nie korrek nie.
- Die inplaas van die knope is meestal foutief.

Uit bogenoemde resultate kan afgelei word dat die probleme in die praktyk, betreffende verpleegkundiges wat nie vaardig is met die hegting van perineale wonde nie, moontlik toegeskryf kan word daaraan dat slegs teoretiese opleiding verskaf word en dat die praktiese vaardighede nie doeltreffend, indien enigsins, geëvalueer word nie. Die navorser is egter van

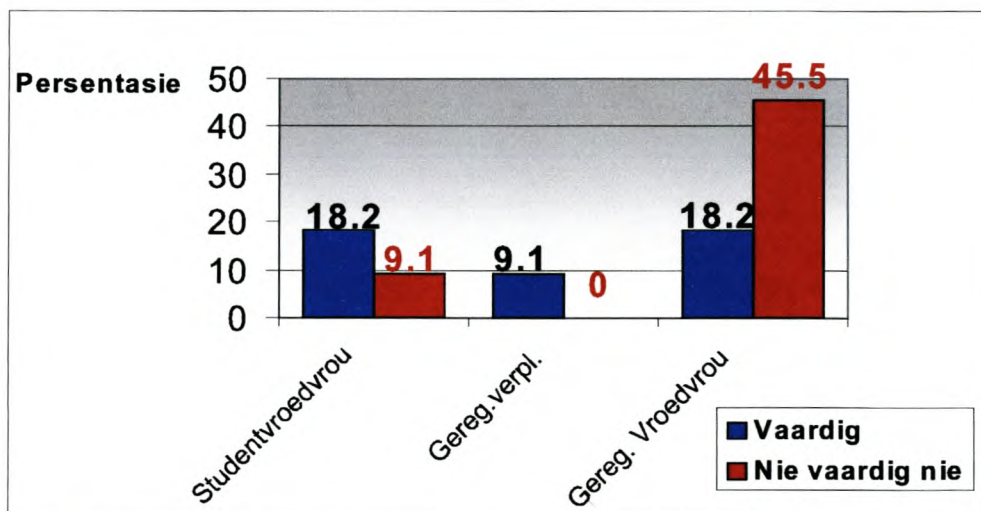
mening dat finale jaar studente self ook verantwoordelikheid vir hul vaardigheid moet aanvaar, veral as 'n lesing-demonstrasie reeds gegee is.

Nadat die verpleegstudente 'n lesing en 'n gesimuleerde demonstrasie betreffende die hegting van perineale wonde gehad het, en tyd gegun is om die prosedure in te oefen, blyk dit uit die resultate dat:

- meer geleentheid gegun moet word om in simulاسie te oefen vóór die finale evaluering van die prosedure;
- voldoende geleentheid vir inoefening geskep moet word, hetsy gesimuleerd of in die praktyk;
- daar voldoende toesig moet wees tydens hegting in die praktyk en
- eenvormige riglyne verskaf moet word betreffende die hegting van die verskillende soorte perineale wonde.

FIGUUR 4.72

Individuele vaardighede betreffende hegting van tweedegraadse skeure en episiotomies (n=11)



4.4 Kwalitatiewe data

Die kwalitatiewe data is die kleiner komponent van hierdie navorsing en is spesifiek daarop gerig om in-diepte inligting te verkry wat meer lig kan werp op die voorkoming van perineale trauma.

Kwalitatiewe data is verkry deur middel van:

- aanbevelings deur respondente wat die vraelyste voltooi het;
- veldnotas tydens die nie-deelnemende observasie van die bevallings;
- veldnotas tydens die nie-deelnemende observasie van die hegtings en
- onderhoude.

Tesch se model is gebruik om die kwalitatiewe data te ontleed, soos beskryf in Hoofstuk 3 onder 3.2.7.

4.4.1 *Kommentaar en/of aanbevelings van respondente wat vraelyste voltooi het*

Hierdie inligting is verkry deur middel van oop vrae aan die einde van elke afdeling in die vraelyste. Die verpleegkundiges is gevra om hul mening en/of aanbevelings aan te dui betreffende spesifieke probleemareas wat deur die navorser geïdentifiseer is. Die data is gereduseer tot 'n hanteerbare volume en beskryf onder die toepaslike hoofde in hierdie hoofstuk.

4.4.1.1 Kommentaar en/of aanbevelings betreffende knip van episiotomies (vraag 8.4) (n=20)

Van die 45 verpleegkundiges wat die vraelyste voltooi het, het slegs 44% (n=20) van die respondente hierdie vraag voltooi.

Die volgende kommentaar is gelewer betreffende die knip van episiotomies:

- Toerusting is onvoldoende of nie in 'n goeie werkende toestand nie (n=1);

- ❑ Praktiese blootstelling is onvoldoende, aangesien weinige episiotomies geknip word (n=4);
- ❑ Lesings en demonstrasies is onvoldoende, veral die anatomie en fisiologie van die perineum (n=3);
- ❑ Dosente is te min betrokke in die praktyk, slegs betrokke tydens evaluasies (n=3) en
- ❑ Riglyne betreffende die indikasies vir episiotomies is onduidelik (n=9). Tans is daar te 'n wye spektrum van opinies wat studente verwar. Een verpleegkundige stel dit as volg: "... daar heers onduidelikheid of episiotomies 'n noodprosedure is vir fetale welsyn óf moederlike welsyn óf eerder in belang van die perineum geknip moet word..."

Die meeste klem is huidiglik op die voorkoming van derdegraadse skeure. Die navorser wil dit egter beklemtoon dat gekompliseerde tweedegraadse skeure ook deur die vroegtydige knip van 'n episiotomie voorkom kan word. Nie alleen word duidelike riglyne betreffende die indikasies vir 'n episiotomie benodig nie, maar ook op watter presiese tydstip die episiotomie geknip moet word.

4.4.1.2 Kommentaar en/of aanbevelings betreffende hegting van perineale wonde (vraag 9.4) (n=24)

Van die 45 verpleegkundiges wat die vraelyste voltooi het, het 53% (n=24) van die respondente hierdie vraag voltooi.

Die volgende kommentaar is gelewer betreffende die hegting van perineale wonde:

- ❑ Lesings en demonstrasies betreffende hegings is onvoldoende. Die klassifikasie ten opsigte van eerste-, tweede- en derdegraadse skeure is ontoereikend (n=5).

- Praktiese blootstelling is onvoldoende (n=5).
- Huidige kontroversie, of skeure of episiotomies die maklikste heg en gouer genees, is verwarrend, aangesien juis gekompliseerde tweedegraadse skeure weens die gekompliseerdheid van die laserasies en/of swak hegtingstegniek, dooie spasies kan laat met gevolglike langer genesingsperiode (n=2).
- Langtermynprobleme van die pasiënt word nie genoeg beklemtoon sodat verpleegkundiges met meer sorg perineale wonde kan heg nie (n=1).
- Indiensopleiding aan diegene wat ná registrasie nie bevoeg is betreffende hegings nie, is onvoldoende (n=2).
- Te veel hegtingstegnieke is verwarrend vir studente (n=6).
- Evaluasiesisteem om individuele bevoegdheid te bepaal, is ontoereikend (n=1).
- Tekort aan instrumente en hegingsmateriaal beperk verpleegkundiges om doeltreffend te heg (n=1).
- Onvoldoende toesig deur geregistreerde vroedvroue en te min dosente is in die praktyk betrokke (n=4).

Van die respondente het meer as een opmerking en/of aanbeveling aangedui.

4.4.1.3 Aanbevelings ten opsigte van die huidige opleiding betreffende die voorkoming van perineale trauma (vraag 24) (n=28)

Van die 45 verpleegkundiges wat die vraelyste voltooi het, het 62% (n=28) van die respondente hierdie vraag voltooi.

Die volgende kommentaar is gelewer betreffende die huidige opleiding:

- ❑ Beleid of riglyne moet geïmplementeer word ten opsigte van goeie ondersteuning van die perineum, vroegtydige infiltrasie van die perineum, duidelike indikasies vir 'n episiotomie, asook maatreëls vir 'n beheerde verlossing (n=16).
- ❑ Dosente moet meer betrokke wees by studente in die praktyk (n=2).
- ❑ Effektiewe teoretiese opleiding en vaslegging van kritiese feite (n=3).
- ❑ Studente moet meer blootgestel word aan praktiese ervaring (n=4).
- ❑ Verpleegdiensbestuurders moet toesien dat die geregistreerde vroedvroue dieselfde standarde handhaaf betreffende pasiënthantering om sodoende verwarring by studente te voorkom (n=3).

4.4.2 *Veldnotas tydens observasie van bevallings en hegings*

Die inligting op die betrokke bylaes is geanaliseer en geïnterpreteer saam met die kwantitatiewe data, verkry met behulp van die onderskeie kontrolelyste. Sodoende is die betroubaarheid van die kwantitatiewe data, betreffende die bevallings en hegings, verhoog.

4.4.3 *Onderhoudvoering*

Sestien semi-gestruktureerde onderhoude is met geregistreerde vroedvroue en geneeshere gevoer wat bevallings hanteer en betrokke is by die verloskunde-opleiding van studentvroedvroue. Die doel was om in-diepte inligting te verkry oor sekere aspekte betreffende perineale trauma.

Die vraagstelling betreffende die volgende aspekte se resultate is as volg:

- ❑ Die knip van 'n episiotomie sonder verdowing. Twaalf respondente (75%) het aangedui aan dat hulle nie 'n episiotomie sal knip sonder enige lokale verdowing nie.

- Om die verlossing eerder so gekontroleerd as moontlik te hanteer in plaas daarvan om onnodiglik 'n episiotomie knip as voorkomingsmaatreël vir perineale skeure (n=10 of 62%).
- Alle primigravidas se perineum te infiltreer met lokale verdowing voor kroning van die fetale skedel, ongeag of 'n episiotomie reeds aangedui is of nie (n=9 of 56%). Hierdie aspek is ondersoek op grond van Bennet *et al.* (1999:460) se aanbeveling dat dit beter is om te infiltreer en nie 'n episiotomie uit te voer nie as om die perineum te knip sonder lokale verdowing.

4.5 Samevatting

In hoofstuk 4 is die analise van die data wat gevind is, bespreek. Die kwantitatiewe en kwalitatiewe data wat verkry is, is volgens verskillende metodes ontleed en grafies voorgestel. Die ontleding van data en die toepaslike interpretasie daarvan, met verwysing na relevante literatuur, is 'n kritiese aspek van die navorsingsproses. Die resultate moet gegrond wees op die doelwitte wat in hoofstuk 1 geformuleer is, en is dan ook volgens hierdie doelwitte aangebied.

In hoofstuk 5 volg die gevolgtrekkings en aanbevelings.

HOOFSTUK 5

GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

5.1 Inleiding

Na aanleiding van die bevindings, soos uiteengesit in Hoofstuk 4, asook 'n intensiewe literatuurstudie, het die navorser tot verskeie gevolgtrekkings gekom in terme van die doelwitte gestel in Hoofstuk 1.

Die aanbevelings wat in hierdie hoofstuk gemaak word, is gegrond op:

- ❑ die bevindings en gevolgtrekkings wat spruit uit hierdie navorsing;
- ❑ 'n deeglike literatuurstudie;
- ❑ aanbevelings van die respondente wat die vraelyste voltooi het en
- ❑ die navorser se ervaring.

Dit was nie die navorser se doel om die verpleegpraktyk te verander betreffende die hantering van verlossings en hegting van perineale wonde nie. Dit is hoofsaaklik daarop gerig om aanbevelings te maak betreffende dié aspekte in die praktyk waaroor onduidelikheid bestaan en daar 'n behoefte is aan meer spesifieke riglyne, veral betreffende die opleiding van voorregistrasie-studente.

Die navorser se gevolgtrekking en aanbevelings betreffende elke benoemde aspek word afsonderlik hanteer en uiteengesit onder toepaslike hoofde en subhoofde.

5.2 Klassifikasie van perineale skeure

Uit die navorsing blyk dit dat 45% van die respondente wat die vraelyste voltooi het, nie eerste- en tweedegraadse skeure korrek kon onderskei nie en met verdere ontleding is gevind dat amper die helfte (40%) van hierdie verpleegkundiges geregistreerde vroedvroue was. Die ander 33% van die respondente was onseker betreffende die betrokke strukture, waarvan die meerderheid (73%) geregistreerde vroedvroue was. Slegs 22% van al die respondente het die anatomiese strukture wat betrokke is in 'n eerstegraadse skeur, korrek aangedui.

Dit is kommerwekkend dat so 'n hoë persentasie geregistreerde vroedvroue nie teoreties tussen eerste- en tweedegraadse skeure kon onderskei nie, aangesien hulle juis so betrokke is by die voorregistrasie-opleiding van studente. 'n Bydraende faktor tot hierdie onkunde is waarskynlik omdat daar nie eenvormigheid in die literatuur bestaan betreffende die klassifikasie van perineale skeure nie en dat dit meestal óórvereenvoudig word.

Die klassifikasie van eerste- en tweedegraadse skeure in die literatuur maak hoofsaaklik melding van laserasies van die perineum en sluit slegs in sommige gevalle die vaginale mukosa en submukosa in. Min literatuur maak melding van perineale edeem, kneusing of hematome ná die geboorte of hegting. Hierdie simptome veroorsaak tot dieselfde mate pyn en ongerief vir die pasiënt, maar word dikwels in die praktyk geïgnoreer.

Daar is ook geen eenvormigheid betreffende derde- en vierdegraadse skeure in die literatuur nie. Die navorser ondersteun Sultan *et al.* (2002:105) se subklassifikasie vir derdegraadse skeure betreffende die mate waartoe die anale sfinkter beskadig is, soos uiteengesit in Figuur 5.1.

Vroedvroue ondervind dikwels probleme betreffende die klassifisering en rekordering van perineale skeure indien dit gekompliseerd is met ander

laserasies, soos beserings van die labia, klitoris en serviks en/of para-uretrale of selfs transuretrale laserasies.

In die lig van bogenoemde bevindings beveel die navorser aan dat die klassifikasie van perineale skeure hersien behoort te word en eerder 'n klassifikasie van perineale trauma voor te stel, soos uiteengesit in Figuur 5.1, wat die mate van skade aan die perineum en/of vaginale weefsel, addisionele laserasies, asook perineale edeem en kneusing sub-klassifiseer. Die navorser ondersteun Steen *et al.* (1997) se gradering van 'none', 'mild', 'moderate', en 'severe', betreffende die gradering van perineale edeem en kneusing.

FIGUUR 5.1 Klassifikasie van perineale trauma

Ongekompliseerd

Gekompliseerd

Eerstegraads	< 1 cm skade aan perineum: Ja/ Nee	Skade aan vaginale epiteel: Ja/Nee	Edeem en/kneusing: • Geen • Gering • Matig • Ernstig	Addisionele laserasie: • Klitoris • Labia • Para-/ transuretraal • Ander / geen
Tweederaads	> 1 cm skade aan perineum: Ja/ Nee	Skade aan vaginale epiteel: Ja/Nee	Edeem en/kneusing: • Geen • Gering • Matig • Ernstig	Addisionele laserasie: • Klitoris • Labia • Para-/ transuretraal • Ander / geen
Derdegraads	*3a 3b 3c	Skade aan vaginale epiteel: Ja/Nee	Edeem en/kneusing: • Geen • Gering • Matig • Ernstig	Addisionele laserasie: • Klitoris • Labia • Para-/ transuretraal • Ander / geen
Vierdegraads	Anale sfinkter beskadig asook anale epiteel	Skade aan vaginale epiteel: Ja/Nee	Edeem en/kneusing: • Geen • Gering • Matig • Ernstig	Addisionele laserasie: • Klitoris • Labia • Para-/ transuretraal • Ander / geen

* Klassifikasie van derdegraadse skeure:

- 3a. < 50% van die eksterne sfinkter beskadig;
- 3b. > 50% van die eksterne sfinkter beskadig en
- 3c. interne sfinkter beskadig.

Die vroedvrou kan ná die verlossing slegs die betrokke antwoord omring. Vir praktyk en opleidingsdoeleindes word egter vereis dat studente steeds kan onderskei tussen die huidige verskillende grade van perineale skeure betreffende die strukture betrokke, sowel as tot watter mate dit gekompliseerd is met ander trauma.

5.3 Risikofaktore wat aanleidend is tot perineale skeure

Dit blyk dat verpleegkundiges nie voor-die-handliggende risikofaktore herken as aanleidende oorsake van perineale skeure nie. Data-analise toon dat die 'Ja'-respons op al die geselekteerde risikofaktore wat in die vraelys verskyn het, 'n gemiddeld van 50.1% was.

Verpleegkundiges het nie die opsie om geassisteerde verlossings te doen nie en dit is dus belangrik dat verpleegkundiges betyds 'n korrekte diagnose maak van risikofaktore wat aanleiding kan gee tot perineale trauma. Hierdie pasiënte moet betyds verwys word vir hantering deur 'n geneesheer indien die verpleegkundige van mening is dat erge perineale trauma onafwendbaar is.

Risikofaktore beïnvloed mekaar onderliggend en is eventueel indikasies vir die knip van 'n episiotomie. Die onderskeie risikofaktore behoort duideliker geklassifiseer te word om sodoende makliker te kan onderskei wanneer 'n episiotomie moontlik, óf definitief aangedui is, of andersins verwys moet word vir geneeskundige hantering.

Die navorser beveel aan dat risikofaktore as volg geklassifiseer word om die herkenning daarvan te vergemaklik:

- ❑ Voorgeboorte risikofaktore;
- ❑ Intrapartum risikofaktore wat obstetries, moederlik, fetaal, of perineaal van aard kan wees. Hierdie faktore word meestal die indikasies vir 'n episiotomie tydens die tweede stadium en

- Neonatale risikofaktore.

5.4 Indikasies vir die knip van 'n episiotomie

Die ontleding van die vraelyste het getoon dat 89% van die respondente saamgestem het met die huidige siening dat 'n episiotomie nie as standaard vir 'n primigravida geknip moet word nie, maar slegs indien daar 'n definitiewe indikasie is. Met verdere ontleding het dit egter geblyk dat verpleegkundiges nie die spesifieke indikasies altyd maklik kan onderskei nie en meer ingestel is op perineale faktore as indikasies vir 'n episiotomie.

Risikofaktore behels egter nie slegs perineale faktore nie, maar ook fetale, moederlike en ander faktore. Risikofaktore vir perineale skeure moet duidelik uitgewys kan word en as indikasie vir vroegtydige episiotomie beklemtoon word.

Die ideaal is dat die pasiënt geen perineale trauma moet opdoen tydens die geboorte van haar baba nie. Indien 'n eerstegraadse skeur sou voorkom en 'n episiotomie is geknip, het die vroedvrouw in werklikheid erger perineale trauma veroorsaak. Indien 'n episiotomie egter nie geknip is nie en die pasiënt kry 'n tweedegraadse skeur en/of ander laserasies, het die vroedvrouw ook bygedra tot erge perineale trauma vir die pasiënt. Die doel is dus om slegs 'n episiotomie te knip indien 'n gekompliseerde tweedegraadse skeur of erger, geantisipeer word.

Indikasies vir 'n episiotomie behoort duideliker geklassifiseer te word sodat die vroedvrouw in 'n noodsituasie dit waarop sy/haar uiteindelijke besluitneming betreffende die knip van 'n episiotomie baseer, makliker kan herken.

Die navorser beveel die volgende klassifikasie aan betreffende indikasies vir 'n episiotomie, gegrond op die klassifikasie van die intrapartum risikofaktore vir perineale skeure:

- obstetriesse indikasies;

- moederlike indikasies;
- fetale indikasies en
- perineale indikasies.

Elke kategorie moet ook die volgende indikasies duidelik aantoon:

- Definitiewe indikasies. Daar bestaan dus geen twyfel dat 'n episiotomie geknip moet word nie. Die perineum word betyds geïnfiltreer en 'n episiotomie word geknip tydens die optimale tyd soos reeds aangedui.
- Moontlike indikasies. In hierdie geval is 'n episiotomie 'n moontlikheid, maar nie noodwendig eventueel nodig nie. Die vroedvrou neem eers 'n besluit net vóór kroning van die fetale skedel. Sy/haar besluit berus op grond van tekens waarneembaar by die perineum of die perineum gaan skeur of nie. Dié verpleegkundiges wat aangedui het dat hulle nie 'n episiotomie sal knip sonder verdowing nie, maar eerder sal toelaat dat 'n pasiënt skeur, behoort die perineum in hierdie gevalle vroegtydig te infiltreer, of 'n episiotomie eventueel gedoen word of nie. Dit is beter om te infiltreer al word 'n episiotomie nie op die ou end nie geknip nie (Bennet *et al.*, 1999:460).

Verpleegkundiges maak telkens melding dat 'hoe ruim 'n perineum is' wel 'n indikasie is of 'n episiotomie geknip behoort te word. Die vraag ontstaan watter riglyne tans bestaan om te bepaal hoe 'ruim' 'n perineum is. Hierdie is 'n baie subjektiewe evaluering, maar 'n belangrike indikasie vir 'n episiotomie. Die navorser is van mening dat dit volgens bogenoemde klassifikasie 'n definitiewe perineale indikasie vir 'n episiotomie is indien die rekvermoë van die perineum ingekort is, soos in die geval van 'n edemateuse of 'n dik, rigiede perineum. Dit kan bepaal word deur perineale massering tydens die tweede stadium om die rekbaarheid van die perineum te bepaal.

Indien 'n kombinasie van meer as een moontlike indikasje egter voorkom, beveel die navorser aan dat 'n episiotomie profilakties geknip word, aangesien al hierdie faktore mekaar onderling beïnvloed, byvoorbeeld:

Obstetriesie indikasje (oksipito-posterior posisie) → moederlike indikasje (uitputting) → fetale indikasje (fetale nood) → perineale indikasje (skeure as gevolg van intervensie).

5.5. **Spesifieke tekens dat 'n perineale skeur onvermydelik is**

Dit blyk dat hierdie spesifieke tekens in die praktyk verwar word met risikofaktore en indikasies vir 'n episiotomie. Hierdie perineale tekens het egter slegs betrekking op die perineum, maar kan voorafgegaan word met die ander onderskeie risikofaktore of indikasies vir 'n episiotomie.

Die besluit of 'n episiotomie geknip moet word of nie, is 'n belangrike besluit wat die voorkoms van perineale trauma beïnvloed. Elke pasiënt moet egter individueel geëvalueer word. In die praktyk is daar ook nie definitiewe riglyne vir wanneer 'n episiotomie wel geknip moet word nie.

Die vroedvrou behoort die betrokke risikofaktore in ag te neem en die volgende tekens dat dit onvermydelik is dat die perineum gaan skeur, as riglyn te gebruik in haar besluit:

- Die vel van die perineum is dun, blink en bleek, veral in die mid-lyn.
- Helder bloed sypel by die introïtus uit wanneer die fetale skedel teen die perineum druk.
- Die fourchette begin lasereer vóór kroning van die skedel.
- Nolte (1998:195) noem ook 'n baie raar teken, naamlik die 'button-hole tear', waar die skeur in die middel van die perineum begin.

5.6 Infiltrasietegniek

Korrekte infiltrasie van die perineum vergemaklik die hegtingsprosedure, omdat die moeder meer geneig is om haar samewerking te gee indien sy nie oormatige ongemak ervaar nie.

5.6.1 *Infiltrasie vir knip van episiotomie*

Die navorser het bevind dat slegs 67% van die verpleegkundiges die perineum korrek waaivormig geïnfiltreer het vóór die knip van 'n episiotomie. In die praktyk word die volgende dikwels gevind:

- ❑ Die perineum word nie vooraf geïnfiltreer nie;
- ❑ Slegs die roete van die insnyding word geïnfiltreer;
- ❑ Waaivormige infiltrasie met eerste, tweede en derde infiltrasie word in direkte volgorde gedoen en
- ❑ Waaivormige infiltrasie word gedoen met die roete van die insnyding wat eerste geïnfiltreer is en daarna aan weerskante van die oorspronklike infiltrasie, om te verseker dat die lokale verdowing effektief sal wees vóór die insnyding (Bylae 9.1).

Van die respondente wat die vraelyste voltooi het, het 27% aangedui dat hulle nie 'n episiotomie sal knip sonder lokale verdowing nie. Die navorser is van mening dat hierdie verpleegkundiges eerder sal toelaat dat 'n pasiënt skeur as om te knip sonder dat die perineum voldoende verdoof is. Die navorser beveel aan dat hierdie verpleegkundiges alle primigravidas, sowel as in geval van 'n moontlike indikasie vir 'n episiotomie, die perineum in elk geval vooraf infiltreer met lokale verdowing, soos gedemonstreer in Bylae 9.1.

5.6.2 *Infiltrasie van perineale wonde*

Die meerderheid van verpleegkundiges het nie ooglopende probleme ondervind met die infiltrasie van perineale wonde vóór die hegting daarvan nie. Die navorser beveel egter aan dat 'n gestandaardiseerde tegniek betreffende die infiltrasie van eerste-, sowel as tweedegraadse skeure aan studente geleer word, gegrond op basiese beginsels soos gedemonstreer in Bylae 9.2 en 9.3.

5.7 **Knip van episiotomies**

Die navorser het bevind dat slegs twee episiotomies (6%) geknip is tydens al die bevallings wat waargeneem is. Sultan *et al.* (2002:100) beveel aan dat die episiotomie-tendens tussen 20% en 30% behoort te wees. Daar is in hul studie bevind dat daar 'n verhoogde tendens van perineale skeure was indien die insidensie van episiotomies wat deur vroedvroue geknip is, minder as 20% was.

Verdere ontleding van die navorser se veldnotas het getoon dat minstens sewe episiotomies (21%) geknip moes gewees het in plaas van slegs die twee gevalle waar dit wél gedoen is. Indien egter in ag geneem word dat die toestand van die perineum nie die enigste indikasie vir 'n episiotomie is nie, behoort dus meer as die genoemde sewe episiotomies in hierdie studie voorgekom het.

Gerrits *et al.* (1994) het in hul studie bevind dat die spesialis-in-opleiding en ginekoloë meer geneig is as vroedvroue om 'n episiotomie uit te voer om perineale skeure te voorkom. Dit was uit hierdie studie ook duidelik dat verpleegkundiges verkies om nie episiotomies te knip nie, maar liever toegelaat het dat die perineum kon skeur, en moontlik as gevolg van die volgende redes:

- Die insluitingskriteria vir die bevallings wat geëvalueer was, was van só 'n aard dat die verpleegkundige nie noodwendig blootgestel was aan bevallings waar 'n episiotomie aangedui was nie;
- Die aard van verpleegkundiges se voorregistrasie-opleiding sluit nie chirurgiese prosedures in nie. Hulle het dus nie noodwendig die vrymoedigheid om met selfvertroue 'n chirurgiese insnyding - in hierdie geval 'n episiotomie - te doen nie;
- Vroedvroue hanteer in die algemeen slegs die normale bevallings. Enige komplikasie tydens die voorgeboortetydperk, of gedurende die eerste stadium van kraam, word meestal betyds verwys vir hantering deur 'n geneesheer.
- Die verpleegkundiges wat verantwoordelik is vir die pasiënt se welsyn asook die neem van belangrike besluite betreffende die voorkoming en hantering van perineale trauma, is relatief jonk en onervare. Die data-analise het getoon dat 53% van die respondente wat die vraelys voltooi het, in die ouderdomsgroep 20 tot 29 jaar was waarvan ongeveer die helfte (51%) van die respondente minder as een jaar kraamsaal ondervinding gehad het. Dit is egter 'n realiteit van die verpleegberoep dat pas geregistreerde verpleegkundiges by staatsgesondheidsinstellings werkzaam is juis vir ekstra ondervinding. Hierdie probleem van gebrek aan ervaring kan egter effektief hanteer word deur die implementering van ondersteuningsprogramme vir ongeveer 'n jaar ná registrasie, soos later bespreek word.

Van die respondente wat die vraelyste voltooi het, het 62% aangedui dat die regte tydstop om 'n episiotomie te knip, eers is sodra die lokale verdowing effektief is. 'n Aantal verpleegkundiges (16%) was onseker of 'n episiotomie met die aanvang van 'n kontraksie geknip word voordat die voorliggende deel sigbaar is. Sewe-en-vyftig persent van hierdie respondente was geregistreerde vroedvroue. Hierdie bevindings beklemtoon die navorser se

kommer ten opsigte van die huidige situasie waar relatief jong en onervare vroedvroue werkzaam is in die kraamsaal en tot 'n groot mate betrokke is by die opleiding van studente.

Die navorser se indruk was dat die verpleegkundiges wat die bevallings behartig, meestal voldoende tyd het om wel 'n episiotomie te knip, maar angstig is om die baba so spoedig moontlik te verlos in geval van komplikasies, soos fetale nood. Dit blyk dat hulle nie onnodig tyd wil vermors om lokale verdowing toe te dien nie en eerder ná die bevalling 'n moontlike perineale skeur sal heg. Verpleegkundiges voel in die algemeen nie gemaklik daarmee om 'n episiotomie te knip sonder lokale verdowing nie. Die navorser is van mening dat die waarskynlikheid groter is dat 'n episiotomie geknip sal word wanneer dit wel aangedui is, indien die perineum vooraf geïnfiltreer is, met gevolglik minder gekompliseerde perineale skeure.

Indien episiotomies wel geknip word, word perineale faktore meestal, en nie altyd moederlike en/of fetale faktore nie, as indikasies beskou.

Die navorser het ook bevind dat 47% van die respondente wat die vraelys voltooi het, van mening was dat 'n insnyding met 'n lengte van ongeveer 2 cm voldoende is. Indien 'n episiotomie met 'n lengte van minder as 3 cm geknip word, dien dit nie die doel waarvoor dit geknip is nie. Die gevaar bestaan ook dat die insnyding verder kan skeur.

Die navorser beveel aan dat 'n medio-laterale episiotomie geknip word soos gedemonstreer in Bylae 10.

5.8 Hegting van perineale wonde

Alhoewel 9% van die respondente wat die vraelyste voltooi het nie geweet waar die apekssteek ingeplaas word nie en 7% onseker was, het dit geblyk dat verpleegkundiges oorwegend teoreties vaardig was betreffende die hegtingstegniek, maar hulself nie noodwendig as prakties vaardig beskou het nie.

Ontleding van die veldnotas het getoon dat spesifiek studente die volgende probleme in die praktyk ondervind:

- ❑ Die hegtingsprosedure word slegs een keer gedemonstreer.
- ❑ Slegs instruksies word gegee en daar is geen toesig tydens die hegting nie.
- ❑ Daar is in die algemeen geen toesig tydens hegting nie weens die hoë werkslading en tekort aan geregistreerde vroedvroue in die kraamsaal.

Hierdie is nie 'n aanvaarbare situasie nie. Die geregistreerde vroedvrou moet bewus wees dat hulle die verantwoordelikheid van die pasiënt, sowel as die studente wat in die kraamsaal werksaam is, dra.

Die navorser het tot die gevolgtrekking gekom dat elke geregistreerde vroedvrou perineale wonde heg soos hy/sy óf hom-/haarself geleer het, óf deur ander onderrig is tydens die voorregistrasie-opleiding. Die deurgaans hoë werkslading in die kraamsale het tot gevolg dat verpleegkundiges nie mekaar se hegtings evalueer nie en dus nie by mekaar leer nie, met die gevolg dat die vroedvroue nie altyd bewus is van ander opsies nie.

Dit blyk dat die geregistreerde vroedvrou wat in 'n opleidingsituasie is, sy/haar spesifieke hantering van bevallings, óf die manier waarop hy/sy perineale wonde heg, aan studente oordra, ongeag of die tegniek korrek of foutief is. Die gevolg is dat wanpraktyke dikwels onwetend na studente oorgedra word.

Verder het die navorser tydens die observasies van die hegtings bevind dat verpleegkundiges die hegtings as 'n chirurgies-skoon prosedure hanteer het en nie as 'n steriele prosedure nie. Verpleegkundiges doen hegtings meestal alleen en dus is die hantering van steriele toerusting nie altyd na wense nie.

Lignocaïne® se werking is eers effektief na ongeveer drie minute. Die navorser het bevind dat 72% van die verpleegkundiges onmiddellik ná

infiltrasie die wond begin heg het voordat die verdowing effektief was, met die gevolg dat pasiënte die heging baie traumaties ervaar het.

Die beste keuse betreffende die tegniek en hegingsmateriaal is nog debatteerbaar, aangesien voldoende navorsing nog nie op hierdie gebied gedoen is nie. Oplosbare chroom-hegingsmateriaal word in al die betrokke gesondheidsinstellings gebruik, aangesien verskeie navorsing toon dat oplosbare steke die minste pyn en ongemak vir die pasiënt in die onmiddellike postpartum periode veroorsaak.

5.8.1 *Hegtingstegniek van 'n eerstegraadse skeur*

Tydens die observasie van die hegings en met die ontleding van die data, het die navorser bevind dat 23% van die verpleegkundiges, waarvan 'n derde geregistreerde vroedvroue was, nie bevoeg was om eerstegraadse skeure te heg nie. In Bylae 11.1 word die heging van 'n eerstegraadse skeur gedemonstreer.

5.8.2 *Hegtingstegniek van 'n ongekompliseerde tweedegraadse skeur en 'n episiotomie*

Die navorser het bevind dat 46% van die geregistreerde vroedvroue nie bevoeg was om 'n tweedegraadse skeur en/of episiotomie te heg nie. Dit is kommerwekkend as in ag geneem word dat hierdie groep verpleegkundiges betrokke by die opleiding van studente was.

Die syfer-agt-steek word beskou as 'n doeltreffende steek om die perineale spiere te heg. Dit blyk egter dat verpleegkundiges nie die syfer-agt-steek inplaas om die perineale spierlaag te heg nie, omrede daar geen duidelike riglyne in die praktyk óf literatuur bestaan rakende die manier waarop die steek ingeplaas behoort te word nie. Slegs 58% van al die verpleegkundiges se tegniek betreffende die heging van die perineale spierlaag, was korrek.

Dit blyk uit die navorsing dat daar heelwat verskillende menings is betreffende die tipe steke wat gebruik word om die verskillende strukture te heg. Uit die respondente wat die vraelyste voltooi het, het 80% aangedui dat hulle die vaginale weefsel met aaneenlopende steke heg, terwyl 18% dit met onderbroke steke heg. Hierdie respondente het verder aangedui dat die perineale vel met onderbroke steke (89%) geheg moet word en slegs 11% van die respondente was van mening dat aaneenlopende steke gebruik kan word.

Soos gedemonstreer in Bylae 11.2 word 'n hegtingstegniek aanbeveel vir die hegting van 'n ongekompliseerde tweedegraadse skeur en 'n episiotomie.

5.9 Verpleegkundige optrede met voltooiing van hegting

Die navorser het gevind dat verpleegkundiges wel die vaginale introïtus en stekelyn ondersoek het ná afloop van 'n hegting, maar dat 16% van die pasiënte se uterus nie opgevryf is ná voltooiing van die hegting nie. Met ontleding van die veldnotas is gevind dat hierdie verpleegkundiges dit nie as deel van die prosedure beskou het nie en hulle het aangevoer dat die fundus reeds opgevryf is ná die verlossing van die plasenta. Verder het 48% van die verpleegkundiges nie ná voltooiing van die hegting 'n rektale ondersoek uitgevoer om moontlike penetrerende steke in die rektum te identifiseer nie.

Die volgende behoort altyd ná die hegting van 'n perineale wond gekontroleer te word om enige langtermynkomplikasies te voorkom:

- ❑ Die stekelyn vir enige bloeding of spasies wat nie geheg is nie.
- ❑ Belyning van die fourchette by die vaginale introïtus.
- ❑ Die fundus behoort opgevryf te word vir maksimale sametrekking om bloeding te voorkom.
- ❑ 'n Rektale ondersoek om te verseker dat steke nie die rektum penetreer nie. 'n Rektale ondersoek is ongemaklik, pynlik en vernederend vir die

pasiënt. Die navorser beveel dus aan dat 'n rektale ondersoek nie roetine gedoen word soos aanbeveel word in die literatuur nie, maar slegs wanneer 'n gekompliseerde eerstegraadse skeur, episiotomie of tweedegraadse skeur geheg word, aangesien diepliggende strukture geheg word en penetrerende steke moontlik in die rektum kan voorkom.

- Kontroleer dat die moeder urine kan passeer.

5.10 **Komplikasies van perineale wonde**

Inaggenome die hoë persentasie 'Nee' en 'Onseker' antwoorde op die onderskeie vrae betreffende moontlike komplikasies wat in die vraelys gelys is, behoort verpleegkundiges meer aandag te gee aan al die moontlike komplikasies van perineale skeure om sodoende bedag te wees op die langtermynkomplikasies wat perineale skeure vir die pasiënt kan inhou.

5.11 **Die rol van die vroedvrou in die voorkoming van perineale trauma**

Die verantwoordelikheid berus by die vroedvrou om toe te sien dat elke vrou met haar bevalling nie onnodige perineale trauma, hetsy 'n skeur óf 'n episiotomie, sal opdoen nie en dat die pasiënt vroegtydig verwys sal word vir geneeskundige hantering. Die vroedvrou moet die moederlike, fetale en perineale risikofaktore herken en voorkomend optree ten opsigte van elke faktor, aangesien die onderskeie faktore mekaar onderling kan beïnvloed. Die pasiënt kan ook erge perineale skeure opdoen wat andersins nie noodwendig sou voorkom nie. Pasiënte met obstetriesse risikofaktore moet betyds verwys word vir geneeskundige hantering.

Dit blyk egter dat historiese onderrigmetodes opgeneem is in handboeke en dekades lank aan studente geleer word sonder dat daar voldoende bewyse bestaan dat dit die beste metode is. Sedertdien word geen noemenswaardige nuwe tegnieke beoefen nie.

Die vroedvroupraktik word huidig gekenmerk deur pogings om perineale trauma met geboorte te beperk deurdat minder episiotomies geknip word. Alternatiewe maatreëls word tans gebruik om die perineum te beskerm gedurende die tweede stadium, naamlik verhoogde fleksie van die skedel tydens geboorte, perineale massering, perineale ondersteuning en alternatiewe moederlike posisies tydens kraam, ensovoorts. Ten opsigte van sekere van hierdie aspekte waaroor daar eenstemmigheid behoort te wees, is daar nog meningsverskille.

Dit blyk dat daar heelwat kontroversie is betreffende perineale ondersteuning en of verhoogde fleksie van die fetale skedel net vóór die geboorte wel perineale skeure voorkom óf selfs vererger. Alhoewel 91% van die verpleegkundiges wel die perineum tot 'n mate ondersteun het, is die wyse waarop die perineum ondersteun word, van belang. Verdere ontleding het getoon dat 77% van hierdie pasiënte wel perineale skeure opgedoen het.

In die praktyk blyk dit verder dat pasiënte aangemoedig word om tydens 'n kontraksie af te beur sodat die skedel verlos kan word. Uit die respondente wat die vraelyste voltooi het, het 56% egter aangedui dat die fetale skedel eerder tussen kontraksies verlos moet word.

Uit die respondente wat die vraelyste voltooi het, het 13% aangedui dat die anterior skouer verlos kan word vóór interne rotasie van die skouers in die antero-posterior posisie. Twee van die ses respondente was geregistreerde verpleegkundiges. Die implikasie hiervan is dat erge perineale skeure kan voorkom indien die skouers in die skuinsafmeting verlos word.

Al die respondente wat die vraelyste voltooi het, het aangedui dat 'n verlossing goed beheer moet word om sodoende perineale skeure te voorkom. Van die bevallings wat geobserveer is, het 91% van die verpleegkundiges die fetale skedel goed beheer. Slegs 49% van die verpleegkundiges het egter die geboorte van die lyfie voldoende beheer. Die navorser kom tot die gevolgtrekking dat 'n verlossing as 'goed beheer'

beskou word indien die fetale skedel gekontroleerd verlos is en dat kontrole oor die verlossing van die lyfie nie tot dieselfde mate as belangrik beskou word nie. Twintig persent van die respondente wat die vraelyste voltooi het, het aangedui dat die baba met slegs een kontrakisie verlos kan word. Twee van die nege betrokke respondente was geregistreerde vroedvroue.

Dit blyk ook dat daar 'n meningsverskil tussen verpleegkundiges bestaan of meer as een vroedvrou teenwoordig moet wees tydens die verlossing. Uit die respondente wat die vraelyste voltooi het, het onderskeidelik 51% 'Ja' en 42% 'Nee' geantwoord op die betrokke vraag. Hierdie meningsverskil kan moontlik toegeskryf word aan die feit dat studente verlossings doen onder toesig van geregistreerde vroedvroue.

Uit die respondente wat die vraelyste voltooi het, het 89% aangedui dat voorgeboorteklasse die risiko vir perineale skeure kan verminder. In die praktyk blyk dit egter 'n groot leemte te wees en gaan baie min vroue wel vir voorgeboorteklasse.

Dit blyk verder dat primigravidas in die algemeen perineale skeure opdoen, ongeag hoe teoreties en prakties vaardig die vroedvrou is. Die vraag ontstaan watter bydrae die vroedvrou kan lewer om perineale skeure te voorkom of te minimaliseer.

Ná bestudering van die literatuur en ontleding van aanbevelings van diegene wat die vraelyste voltooi het en onderhoude mee gevoer is, het die navorser tot die gevolgtrekking gekom dat die vroedvrou 'n beduidende rol kan speel in die voorkoming van onnodige perineale trauma deur die volgende maatreëls in sy/haar praktykvoering toe te pas:

- Vaardigheid en ondervinding van die vroedvrou is 'n noodsaaklikheid betreffende die verlossing van 'n baba met die oog op voorkoming van perineale trauma. Die tekens wat aanduiding gee dat die perineum gaan skeur, moet betyds herken en hanteer word.

- ❑ Die vroedvrou moet haar kennis ten opsigte van risikofaktore hersien en vaslê om sodoende definitiewe indikasies vir 'n episiotomie te kan identifiseer. 'n Episiotomie moet dan vroegtydig geknip word om erge perineale skeure te voorkom.
- ❑ Die vroedvrou moet vroegtydig voorbereidings tref vir die verlossing om te voorkom dat die baba sonder toesig gebore word. Die vroedvrou se aandag mag nie vir 'n oomblik weg van die perineum en fetale skedel wees gedurende die tweede stadium nie.
- ❑ Slegs een vroedvrou moet die bevalling hanteer en instruksies aan die pasiënt gee. Instruksies moet duidelik en ferm gegee word. In 'n noodsituasie behoort daar egter meer as een vroedvrou teenwoordig te wees.
- ❑ Die moeder se samewerking moet verkry word deur haar betyds in te lig presies wat van haar verwag word. Dit is dus belangrik dat die moeder reeds in die voorgeboorte-periode in detail ingelig moet word wat die verpleegkundige van haar as pasiënt verwag tydens die tweede stadium van kraam. Voorgeboorteklasse behoort dus aangemoedig te word. Indien dit egter nie moontlik is nie, kan die pasiënt tydens die eerste stadium ingelig word en die asemhalingstegnieke wat tydens kraam gebruik word, kan aan haar gedemonstreer word.
- ❑ Die pasiënt se perineum moet vroegtydig geïnfiltreer word met lokale verdowing indien dit nodig sou wees om 'n episiotomie te knip. Verder moet die korrekte besluit op die korrekte tydstip geneem word of 'n episiotomie wel aangedui is.
- ❑ Die vroedvrou ondersteun die perineum deur die V-struktuur van haar hand, gevorm tussen die oopgestrekte duim en wysvinger, direk te plaas op die V-vormige struktuur van die fourchette tydens die kroning van die skedel. Die navorser beklemtoon egter dat die perineum nie onnodig

bedek moet word nie, aangesien die tekens dat dit onvermydelik is dat die perineum gaan skeur, nie waargeneem kan word nie. Slegs die anale area word bedek om kontaminasie te verhoed. Die reeds verdunde perineum kan ook mediaal 'geplooi' word tussen die duim en wysvinger van die hand wat die perineum ondersteun om sodoende 'addisionele vel' beskikbaar te hê tydens die geboorte van die koppie. Hierdie metode om perineale skeure te voorkom, moet egter eers verder nagevors word.

- Die verpleegkundige moet die basiese beginsels van die meganisme van kraam ken en kan toepas. Die fetale skedel moet goed beheer word dwarsdeur die tweede stadium. Alhoewel die volgehoue fleksie-metode die geboorte van die skedel vertraag, maar wel van waarde kan wees by die primigravida waar geleidelike strekking van die perineum noodsaaklik is om perineale skeure te voorkom, beveel die navorser aan dat die normale houding van die skedel net vóór en tydens die geboorte daarvan, nie onnodig verander moet word nie. Beide die 'volgehoue fleksie tegniek' en die 'Ritgen-manoeuvre' om die fetale skedel te beheer, soos beskryf deur Myrfield *et al.* (1997:197), verhoog die risiko vir perineale skeure. Die fetale skedel moet dus toegelaat word om die normale 90°-kurwe van die geboortekanaal te volg sonder inmenging, aangesien 'n foutiewe tydsberekening betreffende watter tegniek op watter tydstip van waarde is, erge perineale skeure tot gevolg kan hê. Die fetale skedel word tussen kontraksies verlos met behulp van uteriene kontraksies alleenlik. Die moeder word aangesê om nie af te beur met 'n kontraksie nie. Sy word gevra om letterlik die skedel 'uit te asem' deur te 'pant'. Vinnige ekstensie van die fetale skedel met geboorte moet voorkom word, aangesien dit aanleiding kan gee tot anterior skeure.
- Die perineum moet geleidelik gestrek word deur die voorliggende deel en nie deur perineale massering nie. Vinnige verlossing van die baba moet vermy word.

- Die skouers moet eers in die antero-posterior (AP) posisie wees vóór die verlossing daarvan, aangesien die bekkenuitgang die grootste is in die AP-afmeting. Sodoende word die grootste afmeting van die baba, naamlik die skouers, geakkommodeer. Verlossing van die skouers in die skuinsafmeting kan dus aanleiding gee tot erge perineale skeure. Die anterior skouer moet eers verlos word van onder die simfese pubis voordat die posterior skouer verlos word deur middel van 'n laterale fleksie beweging.
- Die verlossing van die lyfie moet beheer word sodat die skielike geboorte daarvan nie perineale skeure veroorsaak nie. Die lyfie moet stewig vasgehou word en deur middel van 'n laterale fleksie tot op die moeder se abdomen gebore word. Die navorser beveel aan dat die persoon wat die baba verlos sy/haar pinkies in die oksels van die baba plaas wanneer die lyfie vasgevat word tydens die geboorte van die anterior skouer en dan die posterior skouer, om sodoende die geboorte van die baba beter te beheer. Die baba word dan deur middel van laterale fleksie gelig tot op die abdomen van die moeder. Sodoende word die vinnige geboorte van die lyfie en gevolglike perineale skeure voorkom.
- Onnodige spanning op die perineum moet voorkom word deur nie die moeder se bene te ver uit mekaar te strek nie. Die litotomie-posisie moet slegs gebruik word indien daar komplikasies tydens die tweede stadium voorkom.
- Indien dit enigsins blyk dat 'n tweedegraadse en erger perineale skeur onafwendbaar is, moet 'n episiotomie betyds uitgevoer word. Indien 'n episiotomie te laat geknip word, kan die pasiënt erge perineale trauma opdoen as gevolg van 'n skeur asook 'n episiotomie wat geknip word.

5.12 Opleiding

Uit hierdie navorsing blyk dit dat:

- ❑ Studente tans aan te veel individuele opsies blootgestel word betreffende die hantering van bevallings, indikasies vir 'n episiotomie en hegting van perineale wonde. Die verskillende opsies is verwarrend en nie noodwendig almal aanvaarbare, óf veilige opsies nie, veral wanneer die hoë insidensie van HIV-positiewe pasiënte in aanmerking geneem word.
- ❑ Die huidige kontroversie, naamlik of episiotomies versus skeure die maklikste heg en gouer genees, is verwarrend. Dit is juis gekompliseerde tweedegraadse skeure wat dooie spasies kan laat met 'n gevolglike langer genesingsperiode weens die gekompliseerdheid van die laserasies en/of swak hegtingstegniek.
- ❑ Praktiese blootstelling betreffende die knip en hegting van episiotomies is onvoldoende, aangesien weinig episiotomies tans geknip word.
- ❑ Verskeie 'gevaarlike' praktyke is tans in gebruik. Ontleding van die veldnotas het getoon dat 'n baie verpleegkundiges die naald met hul vingers hanteer. Dit is 'n uiters kommerwekkende tendens veral wanneer die hoë insidensie van HIV-positiewe pasiënte in ag geneem word.
- ❑ Toerusting is onvoldoende óf nie in 'n werkende toestand nie. Hierdie tekort aan instrumente en/of hegtingsmateriaal beperk verpleegkundiges om doeltreffend te heg. Verkeerde praktyke word sodoende standaardpraktyke.
- ❑ Tagtig persent van die respondente wat die vraelyste voltooi het, se opleiding in verloskunde is onderbroke wat daartoe lei dat belangrike prosedures nie voldoende vasgelê kan word nie.
- ❑ Lesings en/of demonstrasies is onvoldoende veral betreffende die anatomie en fisiologie van die perineum en die verskillende hegtingstegnieke van die onderskeie perineale wonde.

- ❑ Langtermyn probleme van die pasiënt word nie genoeg beklemtoon *nie* sodat verpleegkundiges met meer sorg perineale trauma kan voorkom óf minimaliseer en perineale wonde kan heg nie.
- ❑ Dosente is te min betrokke in die praktyk en toesig deur geregistreerde vroedvroue tydens prosedures is onvoldoende.
- ❑ Daar is tans geen gestandaardiseerde evaluasiesisteen in gebruik om individuele bevoegdheid doeltreffend te evalueer betreffende bevallings en die heging van perineale wonde nie. Evaluering van studente se vermoëns is tans subjektief volgens elke individuele geregistreerde vroedvrou se vaardigheid. Volgens Draper *et al.* (1996:143) blyk dit dat opleiding die tradisionele wyse volg van '.....see one, do one, teach one.....'
- ❑ 'n Groot gaping het dus ontstaan deurdat vroedvroue té lank reeds geregistreer is sonder om formeel geëvalueer te word betreffende die infiltrasie, knip en heging van perineale wonde. Geregistreerde vroedvroue is meestal deur die kliniese situasie gedwing om sêlf vaardig te word. Dit geskied baie keer deur eie onderrigmetodes - die sogenaamde 'probeer-en-tref' metode. Selfs ná registrasie in verloskunde word verpleegkundiges nie deur mede-kollegas geëvalueer nie, aangesien dit in die praktyk aanvaar word dat verpleegkundiges kan heg. In die praktyk word van hierdie vroedvroue verwag om betrokke te wees by studente se opleiding, met die gevolg dat onvoldoende opleiding van studente geskied en min praktiese vaardigheid aan studente oorgedra word wat 'n sogenaamde 'snowball'-effek het. Dit blyk dus dat die vroedvrou die tegniek beoefen wat hy/sy geleer is en dit ook oordra na studente in opleiding, ongeag of dit noodwendig die beste tegniek is. Bester *et al.* (1995:54) stel dit as volg: '.....dit is uit 'n didaktiese oogpunt ongewens om 'n onkundige leermeester te hê!.....' Die gevolg is dat die infiltrasie, knip en hegings van perineale wonde 'n gevreesde area geword het.

- Die navorser het bevind dat 46% van die geregistreerde vroedvroue nie bevoeg is om tweedegraadse skeure en/of episiotomies korrek te heg nie. Uit die respondente wat die vraelyste voltooi het, kon ongeveer die helfte (40%) van die geregistreerde vroedvroue ook nie teoreties tussen eerste en tweedegraadse skeure onderskei nie. Hierdie is 'n kommerwekkende situasie as in ag geneem word dat hierdie kategorie verpleegkundiges betrokke is by die opleiding van studente. Uit die navorsing het dit ook duidelik geblyk dat jong geregistreerde verpleegkundiges binne die eerste jaar ná registrasie nog baie onseker is. Die navorser het bevind dat geregistreerde verpleegkundiges meer vaardig word namate hulle in die kraamsaal werk. Dit is egter nie die ideale situasie dat vaardigheid eers ná registrasie plaasvind nie. Dit blyk dat daar tans geen indiensopleidingsprogramme is sodat geregistreerde vroedvroue hul hegtingstegnieke kan verbeter nie. Veral in die plattelandse hospitale is die verpleegkundige meestal op haarself aangewys betreffende hegings.

Tabel 5.1 gee 'n uiteensetting van die individuele vaardigheid van al die verpleegkundiges wat aan hierdie studie deelgeneem betreffende twee kernaspekte in die navorsing. Hierdie twee aspekte is die knip van 'n episiotomie en hegting van perineale wonde soos waargeneem, versus die opleiding wat hulle ontvang het. In Tabel 5.1 word hierdie aspekte bespreek.

Kategorie 1 is die ideale situasie waar al die verpleegkundiges se opleiding voldoende is en hulle tans vaardig voel betreffende die knip en hegingsprosedures. Die onderskeie persentasies van 42,2% en 33,3%, soos verduidelik in Tabel 5.1, kan egter verhoog word met indiensopleidingsprogramme aan geregistreerde vroedvroue, soos later bespreek.

Kategorie 2 dui diegene aan wat van mening is dat hul opleiding voldoende was, maar dat hulle nog nie vaardig was nie. Dit is 'n aanvaarbare situasie by studente, aangesien hulle nog besig is met opleiding. Die totale

persentasie is egter baie laag, in ag geneem dat dit ook geregistreerde vroedvroue insluit.

TABEL 5.1

Individuele vaardigheid versus opleiding (N=25)

Kategorie	Knip van episiotomie %	Hegting van perineale wond %
1. Opleiding voldoende én tans vaardig	42,2	33,3
2. Opleiding voldoende, maar nie vaardig nie	15,6	11,1
3. Opleiding onvoldoende, tans wel vaardig	11,1	13,3
4. Opleiding onvoldoende, ook nie vaardig nie	22,2	22,2
5. Onseker	8,9	20,1

Kategorie 3 dui diegene aan wat van mening was dat hul opleiding onvoldoende was, maar dat hulle tans vaardig was. Dit impliseer dat hierdie verpleegkundiges self verantwoordelikheid aanvaar het om vaardig te raak betreffende die prosedures, óf met jare se ondervinding en blootstelling vaardig geraak het. Dit is nie die ideaal dat vroedvroue eers ná registrasie vaardig raak in spesifieke prosedures nie. Dit mag lei tot onprofessionele optrede, is onbillik teenoor die pasiënt, maar ook onbillik teenoor die verpleegkundige én studente wat hy/sy moet oplei.

Kategorie 4 dui op diegene wat van mening is dat hulle opleiding onvoldoende was, maar dat hulle ook nie huidig vaardig was nie. Die onderskeie persentasies van 22% elk betreffende die knip en hegtingsprosedures, is kommerwekkend. Dit mag dui op 'n gebrek om individuele verantwoordelikheid te aanvaar en/of motivering om vaardigheid te bekom.

Kategorie 5 dui diegene aan wat onseker was betreffende hul vaardigheid. Indiensopleidingsprogramme behoort ook waardevol te wees vir hierdie groep verpleegkundiges.

In die lig van bogenoemde gevolgtrekkings en veral in ag geneem die onbevredigende situasie betreffende die verpleegkundiges se individuele vaardigheid ten opsigte van die knip van 'n episiotomie en hegting van perineale wonde versus hul opleiding, maak die navorser verskeie aanbevelings.

'n **Eenvormige beleid**, of meer definitiewe riglyne moet gevolg word vir voorregistrasie-studente betreffende:

- ❑ die hantering van 'n bevalling ten einde perineale skeure te voorkom;
- ❑ indikasies vir episiotomies asook
- ❑ hegting van die verskillende tipes perineale wonde.

Die beleid of riglyne betreffende hegtings behoort gegrond te wees op die volgende beginsels:

- ❑ Veiligheid van die pasiënt, sodat geen onnodige dooie spasies gelaat word met gevolglike vertraagde genesing nie.
- ❑ Veiligheid vir die verpleegkundige, veral met inagneming die hoë insidensie van HIV-positiewe pasiënte om HIV-oordrag te voorkom.
- ❑ Diversiteit van verskeie vroedvroue se opleiding om verskillende hegtingstegnieke te akkommodeer.

Die onderskeie verpleegdiensbestuurders moet toesien dat geregistreerde vroedvroue dieselfde standarde handhaaf betreffende pasiënthantering om sodoende verwarring by studente te voorkom. Streng riglyne moet neergelê word en daar moet selfs opgetree word teen verpleegkundiges wat gevaarlike

praktyke toepas, veral omdat hulle opleiding aan studente verskaf en die gevaar kan bestaan dat hierdie gevaarlike praktyke oorgedra word.

Meer **lesings en demonstrasies** moet aan studente gegee word spesifiek betreffende die anatomie van die bekkenvloer. Kritiese feite, of die sogenaamde 'must know-knowledge', moet effektief vasgelê word.

Studente moet meer **praktiese blootstelling** kry ten opsigte van hegtings. Meer geleentheid moet geskep word vir praktiese inoefening van hegtings, hetsy gesimuleerd, óf in die praktyk. Studente moet genoegsame geleentheid kry vir oefen deur middel van simulاسie voordat hulle hegtings op pasiënte doen, of vóór die finale evaluering van die prosedure. Hegtings in die praktyk moet altyd onder direkte toesig wees van 'n vaardige, geregistreerde vroedvrou óf 'n geneesheer.

Die navorser beveel aan dat 'n **geldige en doeltreffende evaluasie-instrument** ontwerp moet word wat objektief studente se vaardighede meet of evalueer ten opsigte van die hantering van 'n bevalling met die oog op voorkoming van perineale trauma, asook die hegting van die verskillende perineale wonde. Ten minste een hegting moet volledig deur 'n dosent geëvalueer word deur gebruik te maak van 'n gestandaardiseerde evaluasie-instrument. Ten minste een van elke kategorie perineale wonde behoort daarna in die praktyk geëvalueer te word hetsy deur 'n dosent, geregistreerde vroedvrou, óf geneesheer.

Die aanbevole **aantal hegtings** kan verhoog word. Die studente moet onderskeidelik eerste én tweedegraadse skeure kan heg, sowel as 'n episiotomie voordat hy/sy as bevoeg gereken kan word.

Die **verloskunde komponent** van die geïntegreerde opleiding in Algemeen, Psigiatrie, Gemeenskapsgesondheid en Verloskunde behoort ononderbroke aangebied te word betreffende die teorie en prakties sodat vaardighede eers ingeoefen en vasgelê kan word.

Die navorser is van mening dat die sogenaamde '**snowball**'-effek omgekeer kan word deur:

- ❑ indiensopleiding aan geregistreerde vroedvroue wat tans in kraamsale werksaam is;
- ❑ 'peer-group'-evaluasie op 'n gereelde basis vir geregistreerde vroedvroue en
- ❑ gestandaardiseerde evaluasie-instrumente saam te stel vir gebruik deur geregistreerde vroedvroue wat betrokke is by die opleiding van studente.

Dosente moet meer betrokke wees in die praktyk tydens praktiese oefensessies en nie slegs met evaluasies nie. Hierdie aspek is deur studente, sowel as geregistreerde vroedvroue beklemtoon.

Die navorser beveel **ondersteuningsprogramme** vir ten minste een jaar aan vir dié vroedvroue wat ná registrasie nog nie bevoeg voel vir die verantwoordelikhede van die praktyk, asook die opleiding van studente nie.

Indiensopleidingsprogramme kan geïnisieer word vir die geregistreerde vroedvroue wat nog nie bevoeg voel om perineale wonde te heg nie, óf vir diegene wat hul hegtingstegnieke wil verbeter.

Geregistreerde vroedvroue behoort **aangestel en geplaas** te word volgens hul individuele voorkeur. Uit diegene wat die vraelyste voltooi het, het 50% aangedui dat die kraamsaal nie hul voorkeurkeuse is nie. Ekstrinsieke faktore, soos opleiding en praktiese blootstelling, is belangrik om vaardig te word, maar intrinsieke faktore, soos motivering en werksbevreëdiging, speel ook 'n rol in die uiteindelijke vaardigheidstatus van die verpleegkundige.

5.13 Implikasies vir verdere navorsing

Anders as wat aanvanklik vermoed is, is die aantal derdegraadse skeure betreklik min. Dit blyk dus dat derdegraadse skeure meer dikwels

geassosieer is met geassisteerde verlossings en nie noodwendig swak verlossingstegniek soos wat die aanvanklike persepsie was . nie. Gekompliseerde tweedegraadse skeure kan meer dikwels toegeskryf word aan die feit dat 'n episiotomie vroegtydig geknip moes gewees het. Alle bevallings wat geobserveer is in hierdie studie het op 'n aantal ewekansig geselekteerde dae plaasgevind. Om dus die voorkoms van spesifiek derdegraadse skeure te evalueer, behoort alle bevallings oor 'n vasgestelde termyn plaas te vind en nie net op geselekteerde dae nie, om te verseker dat alle derdegraadse skeure gerekordeer word.

Die omvang van hierdie studie is beperk tot spesifiek die evaluering van bevallings en hegtings deur verpleegkundiges werksaam in staatsinstellings in die Wes-Kaap wat verloskundige dienste aanbied, ongeag die vlak van die hospitaal. Verdere navorsing kan die hantering van bevallings in die verskillende vlakke hospitale vergelyk om te probeer vasstel watter veranderlikes 'n beduidende rol speel ten opsigte van die voorkoms van perineale trauma.

5.14 Samevatting

In Hoofstuk 5 is die gevolgtrekkings gedoen op grond van die data wat ingesamel is. Die gevolgtrekkings is ook gedoen op grond van die doelwitte wat gestel is in Hoofstuk 1. Dit blyk dat daar inderdaad 'n behoefte bestaan aan gestandaardiseerde riglyne vir die praktyk ten opsigte van die knip en hegting van episiotomies en perineale skeure.

Die navorser het spesifieke prosedures opgestel wat as riglyne gebruik kan word deur studente en geregistreerde vroedvroue vir:

- Die infiltrasietegniek vir perineale wonde (Bylae 9);
- Die knip van 'n episiotomie (Bylae 10) en
- Die hegtingstegnieke van die onderskeie perineale wonde (Bylae 11).

Die navorser beveel aan dat geregistreerde vroedvroue met gereelde tussenposes geëvalueer moet word ten opsigte van hulle kennis en vaardigheid in die voorkoming van en hantering van perineale wonde.

Toekomstige navorsing moet gedoen word om spesifieke leemtes te identifiseer in terme van die vlak van opleiding en die tipe gesondheidsinstelling waar die diens gelewer word.

VERWYSINGS

- Aikins MP & Feinland JB. Perineal outcomes in a home birth setting. *Birth*. December 1998 ;25(4):226-34.
- Albers LL, Anderson D, Cragin L, Moore Daniels S, Hunter C, Sedler KD & Teaf D. Factors related to perineal trauma in childbirth. *Journal of Nurse-Midwifery*. July/August 1996;41(4):269-276.
- Bennet VR & Brown LK. 1999. *Myles Textbook for Midwives*, 13th edition. London : Churchill Livingstone.
- Bester ME. 1995. Die bepaling van standarde vir die verloskundige verpleegpraktyk. DCur. proefskrif, Universiteit van Stellenbosch, Stellenbosch.
- Bester ME. 2000. *Research: a study guide for M Cur*. Stellenbosch: University of Stellenbosch.
- Bester ME & Lamprecht HA. 'n Ondersoek na die persoonlike ervaring van bevoegdheid van studentvroedvroue in die uitvoer van episiotomie-hegtings. *Curationis*. Desember 1995;18(4):52-55.
- Bodner-Adler B, Bodner K, Wagenbichler P, Kaider A, Leodolter S, Husslein P & Mayerhofer K. Risk factors for third-degree perineal tears in vaginal delivery, with an analysis of episiotomy types. *Journal of Reproductive Medicine*. August 2001;46(8):752-6.
- Bodner K, Bodner-Adler B, Wagenbichler P, Kaider A, Leodolter S, Husslein P & Mayerhofer K. Perineal lacerations during spontaneous vaginal delivery. *Wien Klin Wochenschr*. October 2001;113(19):743-6.
- Brink H.1996. *Fundamentals of Research Methodology for Health Care Professionals*. Cape Town: Juta & Co.

Cain JJ, Shirar E. A new method for teaching the repair of perineal trauma at birth. *Fam Med*. 1996 February;28(2):107-10.

Calvert S & Fleming V. Minimizing postpartum pain: a review of research pertaining to perineal care in childbearing women. *Journal of Advanced Nursing*. August 2000 ;32(2):407-15.

Carroli G & Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.

Clifford C.1990. *Nursing and Health Care Research*. London: Prentice Hall Int.(UK) Ltd.

Collins English Dictionary. 1984. Reprinted and updated. London: William Collins Sons & Co.Ltd.

De Leeuw JW , Struijk PC , Vierhout ME & Wallenburg HC. Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. April 2001;108(4):383-7.

De Vos AS. 1998. *Research at Grass Roots: A primer for the caring professions*. Pretoria: Van Schaik Publishers.

Die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging. Regulasies betreffende die Onderskeidingstekens en Uniforms vir Ingeskrewe Verpleegkundiges en Vroedvroue en Ingeskrewe Leerlingverpleegkundiges. Regulasie No 1740 van 29 September 1972, soos gewysig.

Die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging. Regulasies betreffende die kursus vir die diploma in Verloskunde vir registrasie as 'n Vroedvrou. Regulasie No 254 van 14 Februarie 1975, soos gewysig.

Die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging. Regulasies betreffende die goedkeuring van en die minimum vereistes vir die opleiding en onderrig van 'n verpleegkundige (algemene, psigiatriese en gemeenskaps-) en vroedvrou wat lei tot registrasie. Regulasie No 425 van 22 Februarie 1985, soos gewysig.

Die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging. Regulasies betreffende die kursus in Kliniese verpleegkunde wat tot registrasie van 'n addisionele kwalifikasie lei. Regulasie No 212 van 19 Februarie 1993, soos gewysig.

Draper J & Newell R. A discussion of some of the literature relating to history, repair and consequences of perineal trauma. *Midwifery : An International Journal*. September 1996;12(3):140-145.

Garbers JG. 1996. *Effective research in the human sciences*. Pretoria: JL van Schaik Publishers.

Gerrits DD , Brand R & Gravenhorst JB. The use of an episiotomy in relation to the professional education of the delivery assistant. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. August 1994;56(2):103-106.

Gjessing H, Backe B, Sahlin Y. Third degree obstetric tears; outcome after primary repair. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 1998 August;77(7):736-40.

Guidelines for maternity care in South Africa: a manual for clinics, community health centres and district hospitals. 2000. Pretoria: Department of Health.

Gupta JK, Nikodem VC. Woman's position during second stage of labour (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software, 2001. (Available from BMJ Publishing Group, London).

Haadem K. Review of the literature on advantages and disadvantages: episiotomy: only limited protection against ruptures – time for a revision? *Lakartidningen*. 1998 September;95(40):4354-8.

Henning PA. 1993. *Die ondersoek van die pasgebore baba*. Pretoria: Academica.

Henriksen TB, Bek KM, Hedegaard M, Secher NJ. Methods and consequences of changes in use of episiotomy. *British Medical Journal*. 1994 November 12;309(6964):1255-8.

Jander C & Lyrenas S. Third and fourth degree perineal tears. Predictor factors in a referral hospital. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001 March;80(3):229-34.

Katzenellenbogen JM , Joubert G & Karim SSA. 1997. *Epidemiology : A Manual for S.A*. Cape Town: Oxford University Press.

Klein MC, Janssen PA, MacWilliam L, Kaczorowski J & Johnson B. Determinants of vaginal-perineal integrity and pelvic floor functioning in childbirth. *Am J Obstet Gynecol*. 1997 February; 176(2):403-10.

Kotze Sr. 2002. Informele telefoniese onderhoud. 15 Februarie, Kraamsaal, Karl Bremer Hospitaal.

Labrecque M, Baillargeon L, Dallaire M, Tremblay A, Pinault JJ & Gingras S. Association between median episiotomie and severe perineal lacerations in primiparous women. *CMAJ*. 1997 March;156(6):797-802.

Lede RL, Belizan JM & Carroli G. Is routine use of episiotomy justified? *Am J Obstet Gynecol*. 1996 May;174(5):1399-402.

Martin S, Labrecque M, Marcoux S, Berube S & Pinault JJ. The association between perineal trauma and spontaneous perineal tears. *Journal Fam Pract*. April 2001;50(4):333-7.

McCandlish R. Perineal trauma: prevention and treatment. *Midwifery Womens Health*. 2001 November/December;46(6):396-401.

Mie ME, Grandi B & Biggeri A. Influence of the environment on perineal tears in physiological delivery. *Epidemiol Prev.* 1996 January-March;20(1):18-23. Artikel in Italiaans.

Mouton J. 2001. *How to succeed in your Master's & Doctoral Studies: a South African guide and resource book*. Pretoria: Van Schaik Publishers.

Myles MF. 1981. *Textbook for midwives: with modern concepts of obstetric and neonatal care*. 8th edition. London: Churchill Livingstone.

Myrfield K, Brook C & Creedy D. Reducing perineal trauma: implications of flexion and extension of the head during birth. *Midwifery: An International Journal* . December 1997;13(4):197-201.

Nolte AGW. 1998. *A textbook for midwives*. Pretoria: JL van Schaik Publishers.

Poen AC, Felt-Berma RJ, Dekker GA, Deville W, Cuesta MA & Meuwissen SG. Third degree obstetric perineal tears: risk factors and the preventive role of mediolateral episiotomy. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997 May;104(5): 563-6.

Prevention of maternal to child transmission of HIV: Full Protocol. December 2001. Cape Town: Department of Health, Provincial Administration of the Western Cape.

Referencing methods. Class notes. SAGUS © 2002. Stellenbosch: University of Stellenbosch.

Research Reader: Reading notes. 2001. Department of Nursing. University of Stellenbosch.

Riskin-Mashiah S, O'Brian Smith E & Wilkins IA. Risk factors for severe perineal tear: can we do better? *Am J Perinatol.* 2002 July;19(5):225-34.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Methods and materials used in perineal repair. <http://www.rcog.org.uk/guidelines/perineal.html>. [2001/12/03].

Salmon D. A feminist analysis of women's experiences of perineal trauma in the immediate post-delivery period. *Midwifery. An International Journal*. 1999 December;15(4):247-255.

Samuelsson E, Ladfors L, Wennerholm UB, Gareberg B, Nyberg K & Hagberg H. Anal sphincter tears: prospective study of obstetric risk factors. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. July 2000;107(7):926-31.

Sangalli MR, Floris L, Faltin D & Weil A. Anal incontinence in women with third and fourth degree perineal tears and subsequent vaginal deliveries. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2000 August;40(3):244-8.

Sellers PM. 1993. *Midwifery. Volume 1: Normal childbirth*. Kenwyn: Juta & Co.

Sellers PM. 1993. *Midwifery. Volume 2: Complications in childbirth*. Kenwyn: Juta & Co.

Shihadeh AS & Nawafleh AN. Third degree tears and episiotomy. *Saudi Med J*. 2001 March;22(3):272-5.

Slabber CF, Brummer WE, Visser AA & Zaaijman J du T. 1981. *Verloskunde*. Kaapstad: Academica.

Smit Dr C. 2002. Informele onderhoud. 15 Oktober, Panorama Medikliniek, Panorama.

Stamp GE. Care of the perineum in the second stage of labour: a study of views and practices of Australian midwives. *Midwifery: An International Journal*. June 1997;13(2):53-110.

Steen M & Cooper K. A tool for assessing perineal trauma. *Journal of Wound Care*. October 1997; 6(9):432-6.

Sultan AH & Thakar R. Lower genital tract and anal sphincter trauma. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. February 2002;16(1):99-111.

The Research Report. Class notes. SAGUS © 2002. Stellenbosch: University of Stellenbosch.

Theron GB. 1998. *Perinatal Education Programme. Manual 1: Maternal Care*. Cape Town: Perinatal Educational Trust.

Thomas CL. 1970. *Taber's Cyclopedic Medical Dictionary*. Philadelphia: FA Davis Co.

Tsunoda A, Shibusawa M, Kamiyama G, Kusano M, Shimizu Y & Yanaihara T. The effect of vaginal delivery on the pelvic floor. *Surgical Today*. 1999;29(12):1243-7.

Uys HHM & Basson AA. 1991. *Navorsingsmetodologie in die Verpleegkunde*. Pretoria : Haum.

Uys L & Smit K . 1992. *Kliniese Etiek*. Kenwyn : Juta & Kie.

Williams FL, du V Florey C, Mires GJ & Ogston SA. Episiotomy and perineal tears in low-risk UK primigravidae. *J Public Health Med*. December 1998;20(4):422-7.

Wysigingswet op die Registrasie van Geboortes en Sterftes No 67 van 1997. SK 18484/3-12-1997.

BYLAE 1

DEPARTEMENT GESONDHEID FASILITEITSLYS

S Cape	Nossel Bay / Langeberg	we Altetina Clinic	X	Community Health Centre	PAWC	020-7351045	S E Kupke
Metro	Cape Town Central	we Alexandra Hospital	X	Specialised Hospital	PAWC	021-5035030	Dr A de Villiers
W Coast	Paarl	we Allendale Correctional Facility	X	Correctional Service	PAWC	021-6923110 EXT 222	Ms E Lottering
S Cape	Central Karoo	we Beaufort West Hospital CHC	X	Community Health Centre	PAWC	023-4162188	Ms M Job
S Cape	Central Karoo	we Beaufort West Correctional Facility	X	Correctional Service	PAWC	023-4142255	S P van Wyk
Metro	Tygerberg Eastern	we Bellville CHC	X	Community Health Centre / Clinic	PAWC & City of Tygerberg	021-95123287	J Paulson
Metro	Tygerberg Eastern	we Bellville Youth Centre	X	Reproductive Health Service	PAWC	021-0408151 / 0462036	S Mains
Metro	Tygerberg Western	we Bishop Lavis CHC	X	Community Health Centre	PAWC	021-9346050	Sr Anthony
Metro	Tygerberg Western	we Bishop Lavis MOU	X	Midwife Obstetrics Unit	PAWC	021-9346181	Sr Sigmund
Metro	Heidelberg	we Holland Park CHC	X	Community Health Centre	PAWC	021-8533380	Sr C Grotzer
S Cape	Klein Karoo	we Borgelethu CHC	X	Community Health Centre	PAWC & Oudshoorn Municipality	044-2740929	Sr E Wagenaar
Booland	Worcester	we Brackenford Correctional Facility	X	Correctional Service	PAWC	023-3494010	Mrs Swannpool
Booland	Worcester	we Dreyfuss Hospital	X	Specialised Hospital	PAWC	023-3481300	Mrs W Olliphant
S Cape	Klein Karoo	we Dridgell CHC	X	Community Health Centre	PAWC & Oudshoorn Municipality	044-2722508	Sr Mc Dillon / Sr Johns
Metro	Durbanville	we Brooklyn Christ Hospital	X	Specialised Hospital	PAWC	021-5081400	Dr P Morris
Metro	Nyanga Health District	we Brown's Farm CHC	X	Community Health Centre	PAWC	021-3746063	Sr Xapela
Booland	Caledon / Hermanus	we Caledon Correctional Facility	X	Correctional Service	PAWC	028-2121056	Sr Speelman
Booland	Caledon / Hermanus	we Caledon Dental Clinic	X	Dental Clinic	PAWC	028-2122431	Dr H Markel
Booland	Caledon / Hermanus	we Caledon Hospital	X	District Hospital	PAWC	028-2121070	Mrs T Greeff
Metro	Cape Town Central	we Cape Town Station RHC	X	Reproductive Health Service	PAWC	021-425034	Sr Mdozuka
Booland	Ceres / Tulbagh	we Ceres Hospital	X	District Hospital	PAWC	023-3121116	Mrs R Cronje
Metro	Tygerberg Eastern	we Chestnut Clinic	X	Clinic	PAWC & City of Tygerberg	021-9626703	P Bailey
W Coast	Vredendal	we Church Street Dental Clinic	X	District Hospital	PAWC	022-9212153/4	L Kotze
Booland	Worcester	we Church Street Dental Clinic	X	Dental Clinic	PAWC	023-3420290	Dr J A Van Lill
W Coast	Stellenbosch	we Claretville CHC	X	Community Health Centre	PAWC	021-8870310 EXT 209	Sr L E. Jaan / Sr D S Johannes
Metro	Cape Town Central	we Conradie Hospital	X	Regional Hospital	PAWC	021-5306600	Dr E Jorolien
Metro	Gugulethu	we Crossroads CHC	X	Community Health Centre	Community Health Services Organisation	021-3851121	Sr Mnyangaza
W Coast	Malmesbury	we Darling Clinic	X	Clinic	PAWC & West Coast District Council	021-4922528	Sr J Roux
Metro	Tygerberg Eastern	we Delah CHC/Clinic (After hours)	X	Community Health Centre / Clinic	Community Health Services Organisation	021-9542235	C E Scott
Metro	Tygerberg Eastern	we Delah CHC/Clinic (Daytime)	X	Community Health Centre / Clinic	PAWC & City of Tygerberg	021-9542235	C E Scott
Metro	Tygerberg Western	we Dr. Uys CHC	X	Community Health Centre / Clinic	PAWC & City of Tygerberg	021-5901400	D Tibus
Metro	Gravet / Athlone	we Dr. Abdurhaman CHC	X	Community Health Centre	Community Health Services Organisation	021-6379071	Sr Julius
Booland	Ceres / Tulbagh	we Dwaarsrivier Correctional Facility	X	Correctional Service	PAWC	023-2311011	Sr Mallysson
S Cape	Klein Karoo	we Dysselsdorp CHC	X	Community Health Centre	PAWC & Klein Karoo District Council	044-2516330	Sr Slender
Booland	Worcester	we Eben Danges Hospital	X	Regional Hospital	PAWC	023-3481400	Mrs T Carstens
Booland	Worcester	we Eben Danges Hospital PHC Clinic	X	Clinic	PAWC	023-3481400	Mrs T Carstens
Metro	Tygerberg Western	we Elsie River CHC (After hours)	X	Community Health Centre (After hours)	Community Health Services Organisation	021-9056895/8	J Hayward
Metro	Tygerberg Western	we Elsie River CHC (Daytime)	X	Community Health Centre	Community Health Services Organisation	021-9056895/8	J Hayward
Metro	Tygerberg Western	we Elsie River MOU	X	Midwife Obstetrics Unit	Community Health Services Organisation	021-9310411	Sr Ploos
Booland	Worcester	we Empresswood CHC	X	Community Health Centre	PAWC	023-3481100	Mrs T Carstens
Metro	South Peninsula	we False Bay Hospital	X	District Hospital	PAWC	021-7621121	Dr Bopp
W Coast	Paarl	we Franschoek Clinic	X	Clinic	PAWC & Winelands District Council	021-8764815	Sr C Hill
W Coast	Paarl	we Franschoek Satellite Clinic	X	Satellite Clinic	PAWC & Winelands District Council	021-8762122	Sr P Ellis
S Cape	George	we George Correctional Facility	X	Correctional Service	PAWC	044-8744105	Mrs P Kiewits / Mr D Sanyam
S Cape	George	we George Hospital	X	Regional Hospital	PAWC	044-8743122	Dr M Viljoen
Metro	Greater Athlone	we GF Joosia Hospital	X	Regional Hospital	PAWC	021-6901000	Dr F Frans
Metro	Bloubaai	we Good Hope CHC	X	Community Health Centre	Community Health Services Organisation	021-5118626	Sr L Sloyn
Metro	Tygerberg Western	we Goodwood Correctional Facility	X	Correctional Service	PAWC	021-5593500	Mrs Fourie
Metro	South Peninsula	we Grassy Park CHC	X	Community Health Centre	Community Health Services Organisation	021-7053814	Sr Poda
S Cape	Nossel Bay / Langeberg	we Great Brak River CHC	X	Community Health Centre	PAWC & South Cape District Council	044-8202100	Sr R Kruger
Metro	Cape Town Central	we Green Point CHC/Clinic	X	Community Health Centre / Clinic	Community Health Services Organisation	021-4210288	Sr Smith
Metro	Cape Town Central	we Groote Schuur Hospital	X	National Central Hospital	PAWC	021-4043111	Dr P Mitchell
Metro	Cape Town Central	we Groote Schuur Hospital FP Staff Clinic	X	Reproductive Health Service	PAWC	021-4045490	Sr Chetty
Metro	Gugulethu	we Gugulethu CHC (After hours)	X	Community Health Centre (After hours)	Community Health Services Organisation	021-6375103	Mrs Tumbel Poteni
Metro	Gugulethu	we Gugulethu CHC (Daytime)	X	Community Health Centre	Community Health Services Organisation	021-6375103	Mrs Tumbel Poteni
Metro	Gugulethu	we Gugulethu MOU	X	Midwife Obstetrics Unit	Community Health Services Organisation	021-6371305	Sr Harris
Metro	Greater Athlone	we Hanover Park CHC (After hours)	X	Community Health Centre (After hours)	Community Health Services Organisation	021-6921240/1	Sr Mc Gregor
Metro	Greater Athlone	we Hanover Park CHC (Daytime)	X	Community Health Centre	Community Health Services Organisation	021-6921240/1	Sr Mc Gregor
Metro	Greater Athlone	we Hanover Park MOU	X	Midwife Obstetrics Unit	Community Health Services Organisation	021-6816648	Sr Harris
W Coast	Paarl	we Heideveld Correctional Facility	X	Correctional Service	PAWC	021-8731201	Mrs Rossouw
S Cape	Nossel Bay / Langeberg	we Heideveld CHC	X	Community Health Centre	PAWC	028-7221441	Sr Gordon
Metro	Greater Athlone	we Heideveld CHC	X	Community Health Centre	Community Health Services Organisation	021-6378035/78	Mrs Potenti
Booland	Caledon / Hermanus	we Heideveld Correctional Facility	X	Correctional Service	PAWC	028-2148611	Mrs August
Booland	Caledon / Hermanus	we Hermanus Hospital	X	District Hospital	PAWC	028-3121166	Mrs T E Roberts
Booland	Caledon / Hermanus	we Hermanus Hospital PHC Clinic	X	Clinic	PAWC	028-3121166	Sr Bailey
Metro	Cape Town Central	we Hope Street Dental Clinic	X	Dental Clinic	Community Health Services Organisation	021-4654017	Sr Windt
Metro	Heidelberg	we Holtensia Holland Hospital	X	Regional Hospital	PAWC	021-8521334	Dr E Erasmus
Metro	South Peninsula	we Hout Bay Harbour CHC/Clinic	X	Community Health Centre / Clinic	PAWC & South Peninsula Municipality	021-7603570	Sr V Hendry
Metro	Tygerberg Eastern	we Karl Bremer Hospital	X	Regional Hospital	PAWC	021-9101911	Dr A van Wyk
Metro	Tygerberg Eastern	we Karl Bremer Rehabilitation Centre	X	Step Down Facility	PAWC	021-9101911	Dr A van Wyk
Metro	Cape Town Central	we Kensington CHC	X	Community Health Centre	Community Health Services Organisation	021-5031150	Sr Nyambersya
Metro	Khayelitsha	we Khayelitsha (Site B) CHC (After hours)	X	Community Health Centre (After hours)	Community Health Services Organisation	021-3813470	Sr Nkandwe
Metro	Khayelitsha	we Khayelitsha (Site B) CHC (Daytime)	X	Community Health Centre	Community Health Services Organisation	021-3616439/8	I Rana
Metro	Khayelitsha	we Khayelitsha (Site B) MOU	X	Midwife Obstetrics Unit	Community Health Services Organisation	021-3613480	Sr Harris
W Coast	Paarl	we Klein Drakenstein Correctional Facility	X	Correctional Service	PAWC	021-8648003	ME Mathison
Booland	Caledon / Hermanus	we Klein Drakenstein Bay Clinic	X	Clinic	PAWC	028-2121120	Sr M Aucamp
Metro	Ooslenburg	we Kleinrivier CHC/Clinic	X	Community Health Centre / Clinic	PAWC & Ooslenburg Municipality	021-9004053/9004051	Sr D van Sten
S Cape	Krystna / Plettenberg Bay	we Krystna Correctional Facility	X	Correctional Service	PAWC	044-3825744	Sr L Gollath / Mr Meyer

Metro	Oosiberg	we Kramforsen CHC	Community Health Centre	Community Health Services Organisation	6th Avenue Kramforsen	021-9870055	Sr K. Jansz van Rensburg
Metro	Oosiberg	we Kramforsen MOU	Midwife Obstetrics Unit	Community Health Services Organisation	6th Avenue Kramforsen	021-9870285	Sr L. Brandt
S Cape	Klein Karoo	we Ladunth (Alan Blyth) Hospital	District Hospital	PAWC	6 Van Riebeck Street Ladunth	028-3511082	Sr C. Pauw
Metro	South Peninsula	we Lady Michalis (Wynberg Mews) CHC	Community Health Centre	Community Health Services Organisation	Burnham Avenue Plumstead	021-7878171	Sr C. Moxel
W Coast	Vredendal	we Lamberts Bay CHC	Community Health Centre	PAWC & Lamberts Bay Municipality	Bursel Street Lamberts Bay	027-4521165	B. Bonyson
Metro	Cape Town Central	we Langa Clinic	Community Health Centre	Community Health Services Organisation	Westling Street Langa	021-0841742	Mrs. W. H. Horkonyana
W Coast	Mariesburg	we LAPA Murrisk Hospital	District Hospital	PAWC	Private Bag X 3 Porterville 6610	022-9312140	Sr K. Hill
Metro	Michell's Plain	we Lefors Hospital	Specialised Hospital	PAWC	H. J. Jansz Drive Lefors 7785	021-3731111	Dr C. Badenhorst
Metro	South Peninsula	we Lotus River CHC	Community Health Centre	Community Health Services Organisation	Klip Road Lotus River	021-7033131/2/3	Sr H. Miller
Metro	Heldoborg	we Macassar CHC	Community Health Centre	Community Health Services Organisation	C/O Hospital & Musica Street Macassar	021-8572330	Sr. Southam
Metro	Heldoborg	we Macassar MOU	Midwife Obstetrics Unit	Community Health Services Organisation	C/O Hospital & Musica Street Macassar	021-8572330	Sr. Oliphant
Metro	Cape Town Central	we Matland CHC	Community Health Centre	Community Health Services Organisation	3 Norfolk Road Matland	021-5116272	Sr. Karsana
W Coast	Mariesburg	we Malmesbury Correctional Facility	Correctional Service	PAWC	Malmesbury Government Malmesbury 7300	022-4671350	ME R. Abrahams
Metro	Blauwberg	we Maritz CHC	Community Health Centre	Community Health Services Organisation	C/O Adam & Liederman Street Maritz	021-5761175	Sr M. Daniels
Metro	Tygerberg Eastern	we Muthiri CHC/Clinic	Community Health Centre / Clinic	PAWC & City of Tygerberg	Chutok Street Muthiri	021-9052555/542237	P. Jooste
Metro	Kluge's	we Michael Mapongwane CHC	Community Health Centre	Community Health Services Organisation	Steve Biko Road Harare Khayelitsha	021-3813353	Sr. Porwato
Metro	Khayelitsha	we Michael Mapongwane MOU	Midwife Obstetrics Unit	Community Health Services Organisation	Steve Biko Road Harare Khayelitsha	021-3813353	Sr. Zwile
Metro	Michell's Plain	we Michell's Plain CHC (After hours)	Community Health Centre (After hours)	Community Health Services Organisation	1st Avenue Eastridge	021-3926181	Sr. Evans
Metro	Michell's Plain	we Michell's Plain CHC (Daytime)	Community Health Centre (Daytime)	Community Health Services Organisation	1st Avenue Eastridge	021-3925181	Sr. Evans
Metro	Michell's Plain	we Michell's Plain MOU	Midwife Obstetrics Unit	Community Health Services Organisation	1st Avenue Eastridge	021-3928121	Sr. Adams
W Coast	Worcester	we Montagu Hospital	District Hospital	PAWC	Hospital Street Montagu	023-6141660	Mrs H. J. Myburgh
S Cape	Mossel Bay / Langebaan	we Mossel Bay Correctional Facility	Correctional Service	PAWC	Louis Fourie Avenue Mossel Bay	044-6030070	Sr. J. Jansz van Rensburg
S Cape	Mossel Bay / Langebaan	we Mossel Bay Hospital	District Hospital	PAWC	12th Avenue Mossel Bay	044-6012011	Dr S. Jonck
S Cape	Mossel Bay / Langebaan	we Mossel Bay Hospital PHC Clinic	Clinic	PAWC	12th Avenue Mossel Bay	044-6012011	Sr A. Julius
Metro	Cape Town Central	we Moxybray Melanville Hospital	Specialised Hospital	PAWC	12 Homsey Road Moxybray	021-6853026	Dr N. Benjamin
S Cape	Central Karoo	we Nelsport Clinic	Clinic	PAWC	63 Dorkin Street Nelsport West	023-4151818	Sr H. Gouws
S Cape	Central Karoo	we Nelsport Hospital	Specialised Hospital	PAWC	Nelsport	023-4151600	Dr O. van der Veehulzen
Metro	Khayelitsha	we Nollburg CHC	Community Health Centre	Community Health Services Organisation	Lawrence Road Site C Khayelitsha	021-3871520	Sr. Koni
Metro	Gugulethu	we Nyanga CHC	Community Health Centre	Community Health Services Organisation	Sihlabeni Avenue Nyanga	021-3806000	Sr. Menezes
Metro	Gugulethu	we Nyanga Junction RHC	Reproductive Health Service	PAWC	Nyanga Junction Duinefontein Road Munenberg	021-6923913	Sr. Bliwina
W Coast	Worcester	we Obiqua Correctional Facility	Correctional Service	PAWC	Phyntak X 3 Tulbagh 6820	023-2301070	Sr. Erasmus
Metro	South Peninsula	we Ocean View CHC/Clinic	Community Health Centre / Clinic	PAWC & South Peninsula Municipality	Polliak Way Ocean View	021-7031638/7831763	Sr J. Rayner
W Coast	Bredasdorp / Swellendam	we Orla Oly Plessis Hospital	District Hospital	PAWC	Phyntak X 10 Bredasdorp 7260	028-4242654	Mrs D. G. Combe
S Cape	Klein Karoo	we Oudshoorn Correctional Facility	Correctional Service	PAWC	Victoria Street Oudshoorn	044-2728951	Sr G. Pienaar / Mr K. Kido
S Cape	Klein Karoo	we Oudshoorn Hospital	District Hospital	PAWC	183 Langerhove Street Oudshoorn	044-2726138	Dr A. J. Barnard
W Coast	Pearl	we Paardeberg Correctional Facility	Correctional Service	PAWC	Phyntak X 15 Hugenoot 7045	021-8839116	ME R. Gertzel
W Coast	Pearl	we Pearl Hospital	Regional Hospital	PAWC	Private Bag X 3012 Pearl 7620	021-8721711	A. Combe
W Coast	Pearl	we Pearl TC Newman CHC	Community Health Centre	Community Health Services Organisation	C/O Broadway & Rosary Street Pearl 7646	021-8721711 EXT 237	Mr K. F. Rodmond
Metro	Tygerberg Western	we Perow CHC	Community Health Centre	Community Health Services Organisation	Voortrekker Road Perow	021-8099253	M. Ferreira
Metro	South Peninsula	we Pollsmoor Correctional Facility (ADM-CM)	Correctional Service	PAWC	Ox Cape Road Tokai	021-7001109	Mr Opperman
Metro	South Peninsula	we Pollsmoor Correctional Facility (FEMALE)	Correctional Service	PAWC	Ox Cape Road Tokai	021-7001109	Mr Opperman
Metro	South Peninsula	we Pollsmoor Correctional Facility (MED-A)	Correctional Service	PAWC	Ox Cape Road Tokai	021-7001109	Mr Opperman
Metro	South Peninsula	we Pollsmoor Correctional Facility (MED-B)	Correctional Service	PAWC	Ox Cape Road Tokai	021-7001109	Mr Opperman
Metro	South Peninsula	we Pollsmoor Correctional Facility (MED-C)	Correctional Service	PAWC	Ox Cape Road Tokai	021-7001109	Mr Opperman
Metro	Cape Town Central	we Queen Victoria Street RHC	Reproductive Health Service	PAWC	Queen Victoria Street Cape Town	021-4834602	Sr. Shilela
Metro	Tygerberg Western	we Ravensmead CHC	Community Health Centre	Community Health Services Organisation	Florida Street Ravensmead	021-9068758/7608757	A. van Kradenburg
Metro	Greater Accra	we Red Cross Children's Hospital	National Central Hospital	PAWC	Private Bag Rondebosch 7700	021-5555111	Dr K. R. Ramiah
Metro	Tygerberg Eastern	we Reed Ruig CHC	Community Health Centre	Community Health Services Organisation	Road Street Bellville	021-9463750/1/2	Sr. Lowin
Metro	South Peninsula	we Retreat CHC (After hours)	Community Health Centre (After hours)	Community Health Services Organisation	11th Avenue Retreat	021-7125106/5592	D. De Mornay
Metro	South Peninsula	we Retreat CHC (Daytime)	Community Health Centre (Daytime)	Community Health Services Organisation	11th Avenue Retreat	021-7125106/5592	D. De Mornay
Metro	South Peninsula	we Retreat MOU	Midwife Obstetrics Unit	Community Health Services Organisation	11th Avenue Retreat	021-7125106	Sr. Adams
W Coast	Pearl	we Rhodes Fruit Farm Clinic	Clinic	PAWC	Groot Drakenstein 7680	021-8721711 EXT 237	Mr K. F. Rodmond
W Coast	Mariesburg	we Riebeeck Kasteel Clinic	Clinic	PAWC	Argelien Street Riebeeck Kasteel	022-4401340	Sr. Silwer
W Coast	Mariesburg	we Riebeeck West Clinic	Clinic	PAWC	Kachibuffer Street Riebeeck West	022-4012385	Sr. Kuller
W Coast	Mariesburg	we Riebeeck West Correctional Facility	Correctional Service	PAWC	Riebeeckwag Geyangona Riebeeck West 6800	022-4401362	ME T. van Riel
S Cape	Mossel Bay / Langebaan	we Riversdale Clinic	Community Health Centre	Community Health Services Organisation	Hospital Street Riversdale	028-7132445	Sr A. Snyman
S Cape	Mossel Bay / Langebaan	we Riversdale Hospital	District Hospital	PAWC	Hospital Street Riversdale	028-7132445	Dr Janick
Metro	Cape Town Central	we Robbie Murdoch CHC	Community Health Centre	Community Health Services Organisation	Hospital Street Riversdale	028-7132445	Sr A. C. M. Chabale
W Coast	Worcester	we Robertson Correctional Facility	Correctional Service	PAWC	89 Duikant Street Cape Town	021-4611124	Sr. Wills
W Coast	Worcester	we Robertson Dental Clinic	Dental Clinic	PAWC	Private Bag X 603 Robertson 6705	023-6262472	Sr. Smith
W Coast	Worcester	we Robertson Hospital	District Hospital	PAWC	Dirkies Oos Street Robertson	023-6261602	Dr J. Ziegler
W Coast	Worcester	we Robertson Hospital PHC Clinic	Clinic	PAWC	Van Oudshoorn Street Robertson	023-6261355	Mrs E. van Eeden
Metro	Helderberg	we Rusthof (Gastron) CHC	Community Health Centre	Community Health Services Organisation	Van Oudshoorn Street Robertson	023-6261355	Mrs E. van Eeden
Metro	Tygerberg Western	we Rylands CHC	Community Health Centre	Community Health Services Organisation	Hassan Khan Avenue Strand	021-8458383/4	Sr V. J. J. J.
W Coast	Ceres / Tulbagh	we Saron Clinic	Clinic	PAWC	Shopping Centre Vrenging Road Goodwood	021-5314361/2/3	Sr P. Moodley
Metro	Gosnburg	we Scottburgh CHC	Community Health Centre	Community Health Services Organisation	P. O. Box 62 Ceres	023-3123111	Sr. Truter
Metro	Cape Town Central	we Somerset Hospital	Regional Hospital	PAWC	Evan Street Kraaifontein	021-9087459	Sr A. J. J. J.
W Coast	Pearl	we Spitskop Hospital	Specialised Hospital	PAWC & Pearl Municipality	Private Bag Green Point 8051	021-4020011	Mrs S. E. Pillans
W Coast	Stellenbosch	we Stellenbosch Correctional Facility	Correctional Service	PAWC	Meukow Street Pearl 7646	021-4622176	M. M. Andrews / J. de Plessis
W Coast	Stellenbosch	we Stellenbosch Hospital	District Hospital	PAWC	Private Bag X 5062 Stellenbosch 7600	021-8870884	ME M. Komberg
Metro	Tygerberg Eastern	we Shiklangu Hospital	Specialised Hospital	PAWC	Private Bag X 5027 Stellenbosch 7593	021-8870310	Shirazee Brown
W Coast	Mariesburg	we Swellendam Correctional Facility	Correctional Service	PAWC	Private Bag X 13 Bellville 7535	021-9404400	Dr E. Mouton
W Coast	Bredasdorp / Swellendam	we Swellendam Hospital	District Hospital	PAWC	P. G. Nelson Street Malmesbury 7300	022-4979203	Dr A. M. Jacobs / Mrs M. O. van Nieuwen
W Coast	Bredasdorp / Swellendam	we Swellendam Hospital	District Hospital	PAWC	Private Bag X 6 Swellendam 6740	028-5141190	Sr. Muthysson
W Coast	Bredasdorp / Swellendam	we Swellendam Hospital	District Hospital	PAWC	Drostdy Street Swellendam	028-5141142	Mrs M. de Silva
Metro	Tygerberg Eastern	we Tygerberg Eastern Hospital	National Central Hospital	PAWC	Flansie van Zyl Avenue Bellville 7530	021-9084911	Dr Dennis Adams
Metro	Tygerberg Eastern	we Tygerberg Eastern RHC	Reproductive Health Service	Community Health Services Organisation	Vasco annex Voortrekker Road Vasco	021-5901694	Sr P. Moodley

BYLAE 2

HERKLASSIFIKASIE VAN OPENBARE GESONDHEIDSINSTELLINGS IN DIE WES-KAAP WAT VERLOSSINGS BEHARTIG

Herklassifikasie van openbare gesondheidsinstellings in die Wes-Kaap wat verlossings behartig

2 Nasionale Hospitale (NH)

Grootte Schuur Hospitaal

*Tygerberg Hospitaal

8 Streekshospitale (RH)

Eben Dönges Worcester

George Hospitaal

Hottentots Holland Hospitaal

(Somerset-Wes)

*Karl Bremer Hospitaal

Paarl Hospitaal

Mowbray Spesialishospitaal

*Somerset Hospitaal (Groenpunt)

Victoria Hospitaal (Wynberg)

21 Distrikshospitale (DH)

Alan Blyth Hospitaal (Ladismith)

Beaufort-Wes Hospitaal

*Caledon Hospitaal

*Ceres Hospitaal

Citrusdal Hospitaal

*Hermanus Hospitaal

Knysna Hospitaal

LAPA Munnik Hospitaal (Porterville)

Montagu Hospitaal

Mosselbaai Hospitaal

Otto du Plessis Hospitaal (Bredasdorp)

Oudtshoorn Hospitaal

Riversdal Hospitaal

Robertson Hospitaal

*Stellenbosch Hospitaal

*Swartland Hospitaal (Malmesbury)

Swellendam Hospitaal

Valsbaai Hospitaal (Plumstead)

Vredenburg Hospitaal

Vredendal Hospitaal

*Wesfleur Hospitaal (Atlantis)

10 Verlossingseenhede

(Midwife Obstetrical Unit - MOU)

*Bishop Lavis MOU

Elsies Rivier MOU

Guguletu MOU

Hanover Park MOU

Kayelitsha MOU

*Kraaifontein MOU

Macassar MOU

Michael Mapangwana MOU(Kayelitsha)

Mitchell's Plain MOU

Retreat MOU

* Dui aan die gesondheidsinstellings wat deur middel van 'n ewekansige gestratifiseerde steekproefneming geselekteer is.

BYLAE 3

TOESTEMMINGSBRIEF

Simonsbergweg 11

Valmary Park

Durbanville

7550

22 Februarie 2002

Die Mediese Superintendent

.....

.....

Geagte Dr

Toestemming vir navorsing in Verloskunde Afdeling

Ek is 'n M.Cur-student aan die Universiteit van Stellenbosch en tans besig met 'n navorsingsprojek in verloskunde.

Die navorsingtitel is: 'n Evaluering van die voorkoms van perineale trauma tydens verlossings in openbare gesondheidsinstellings in die Wes-Kaap: 'n Verpleegkundige perspektief.

'n Ewekansige, gestratifiseerde steekproefneming is van al die gesondheidsinstellings in die Wes-Kaap gedoen om te verseker dat die steekproef verteenwoordigend is van al die vlakke van staatsinstellings wat verloskundige dienste aanbied, wat u hospitaal insluit.

0

Hiermee wil ek graag u toestemming vir die volgende verkry:

- ◆ toegang tot die kraamregisters en ander toepaslike rekords vir statistieke;
- ◆ geregistreerde vroedvroue om vraelyste te voltooi en/of onderhoude toe te staan en
- ◆ bevallings nie-deelnemend te evalueer.

Hiermee onderneem ek dat

- ♦ die vraelyste en/of onderhoude nie langer as 10 minute in beslag sal neem nie ;
- ♦ geen behandeling aan pasiënte gegee, óf weerhou sal word nie ;
- ♦ daar geen inbreuk op die pasiënte se versorging gemaak sal word nie ;
- ♦ pasiënte se privaatheid gerespekteer sal word en
- ♦ die navorsing geen finansiële implikasies vir u instansie het nie.

Ek beplan om al die relevante inligting in te samel tussen 01 April 2002 en 31 Julie 2002. Alle inligting sal konfidensieël hanteer word en slegs vir navorsingsdoeleindes gebruik word.

My kontaknommers is as volg :

Selfoon : 083 287 6372

Faks : 021 930 3984

My studieleier is Dr Estelle Bester. Sy kan gekontak word by :

Selfoon : 082 821 9854

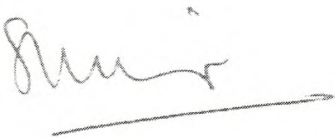
Werk : 021 938 9472

E-pos : eb2@sun.ac.za

Faks : 021 931 7810

Kan u my asseblief so gou moontlik skriftelik in kennis stel of genoemde versoek deur u goedgekeur is.

Vriendelike groete



Ilze Smit

BYLAE 4

TOESTEMMINGS VERLEEN



Enquires: Me N Boucher
Tele. (028) 3121166
Fax: (028) 3124006
E-mail. Njonas@pawc.wcape.gov.za

**HERMANUS PROVINCIAL HOSPITAL
PRIVATE BAG X02
HERMANUS
7200**

Datum: 14:03:02

Mej I Smit

**INSAKE: TOESTEMMING VIR NAVORSING IN VERLOSKUNDE
AFDELING.**

**Hiermee verleen Dr G.F. Enslin, Mediese Superintendent te Hermanus
Provinsiale Hospitaal toestemming tot bogenoemde aksie.**

Byvoorbaat dank.

Die uwe

PP MEDIESE SUPERINTENDENT

Navrae. Mej W.J Nieuwoudt

Telefoon. 913-1276

Datum. 7 Maart 2002

PROVINCIAL ADMINISTRATION: WESTERN CAPE
DEPARTMENT OF HEALTH

PROVINSIALE ADMINISTRASIE: WES-KAAP
DEPARTEMENT VAN GESONDHEID

ULAWULO LWEPHONDO: INTSHONA KOLONI
ISEBE LEZEMPILO

Ilza Smit
Simonsbergweg 11
Valmary Park
DURBANVILLE
7550

TOESTEMMING VIR NAVORSING IN VERLOSKUNDE AFDELING

U brief gedateer 22 Februarie 2002 verwys.

U versoek is bespreek met ons Dagbestuur asook met die verpleegpersoneel van die betrokke afdeling Dr. de la Porte – Voorsitter van die Etiese Komitee het ook van u beoogde navorsingsprojek kennis geneem.

Dit is vir my 'n genoeë om u mee te deel dat u versoek al bogenoemde partye se goedkeuring wegdra en het u dus my toestemming om u projek tussen 1 April 2002 en 31 Julie 2002 by ons te bedryf.

Sukses word u toegewens.



DR. L. NAUDE
SENIOR MEDIESE SUPERINTENDENT

KARL BREMER HOSPITAAL
PRIVAATSAK X1
KARL BREMER
7531 BELLVILLE
FAXS 9490296



KARL BREMER HOSPITAL
PRIVATE BAG X1
KARL BREMER
7531 BELLVILLE
FAX 9490296

Enquiries
Navrae Dr A M Jacobs

Reference
Verwysing Z/1

Telephone
Telefoon 022-4879201

Fax
Faks 022-4821505

Date
Datum - 4 MAR 2002

PROVINSIALE ADMINISTRASIE: WES-KAAP
DEPARTEMENT VAN GESONDHEID

ULAWULO LWEPHONDO INTSHONA KOLONI
ISEBE LEZEMPILO

Me I Smit
Simonsbergweg 11
Valmary Park
DURBANVILLE
7550

Mejuffrou

TOESTEMMING VIR NAVORSING IN VERLOSKUNDE AFDELING

- 1 U skrywe gedateer 22 Februarie 2002 verwys
- 2 Hiermee word toestemming verleen dat u die navorsing vir u projek by Swartland Hospitaal mag doen.
- 3 U kan ons net nader aan die datum kontak vir verdere reëlings.

Die uwe

SENIOR MEDIESE SUPERINTENDENT
AMJ/mvn

SWARTLAND HOSPITAL GROUP
(SWARTLAND AND
LAPA MUNNIK HOSPITALS
PRIVATE BAG X2
MALMESBURY
7299

SWARTLAND HOSPITAALGROEP
(SWARTLAND EN
LAPA MUNNIK HOSPITALE
PRIVAATSAK X2
MALMESBUY
7299

Bester ME DrStellenbosch University <http://scholar.sun.ac.za>**From:** Ria Kirsten [Rkirsten@pawc.wcape.gov.za]**Sent:** 05 March 2002 18:29**To:** eb2@sun.ac.za; eb2@sun.as.za**Subject:** Research

Dear Ms Smit

Receipt is acknowledged of your request, dated 2002 02 22, to complete research related to Obstetric cases at the Somerset Hospital.

You are welcome to complete the research at this institution.

I will ask RPN Nadine Alexander to contact you so that you can set up a date to meet her and to meet Mr Kevin Smith who will be able to assist you with folders of relevant patients.

All the issues regarding no removal of information from the folders etc will be discussed with you once you have decided that you would like to do your work at the Somerset Hospital.

Please acknowledge receipt of this correspondence as our server does not always deliver to outside addresses.

Regards

Dr R Kirsten

2002/03/06

PROVINSIALE ADMINISTRASIE WES KAAP	PROVINCIAL ADMINISTRATION WESTERN CAPE
DEPARTEMENT VAN GESONDHEID	DEPARTMENT OF HEALTH

**HOSPITAAL CALEDON HOSPITAL**PRIVAATSAK / PRIVATE BAG X025
CALEDON

7230

TEL: 028 - 2121070

FAKS / FAX: 028 - 2121294

FAKS BOODSKAP / FAX MESSAGE

AAN/TO: <i>Mr Ilze Smit</i>	DATUM/DATE: <i>2/04/02</i>
FAKS NO/FAX NO: <i>021-9303984</i>	PAGES/BLADSYE: <i>1</i>
AANDAG/ATTENTION: <i>Mr I Smit</i>	VERW/REF:
VAN/FROM: <i>FA Williams</i>	VERW/REF:

DRINGEND <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	VIR AANDAG FOR VIEW	KOMMENTAAR COMMENT	ANTWOORD ASE. PLEASE REPLY
URGENT			

BOODSKAP / MESSAGE*KNAGORSING IN VERLOSKUNDE - KRAAMSTAG.*

*Hiermee verleen ek toestemming dat u u
navorsingsprojek vanaf 1-6-02 tot 31-7-02 by
Caledon Hospital mag doen.*

FA Williams wvm

GENIET DIE DAG!

ENJOY THE DAY!

Bester ME Dr

From: Lalla Loubser [Vloub@pawc.wcape.gov.za]**Sent:** 26 April 2002 12:25**To:** eb2@sun.ac.za**Subject:** Dr E Bester,

Dr E Bester,

Toestemming is op 15/04/02 deur mev Basson dat Me Smit mag voortgaan met haar navorsingsprojek

Dankie,

V Loubser

2002/04/26



ENQUIRIES
NAVRAE
IMIBUZO

Dr Jan Hill

PROVINCIAL ADMINISTRATION WESTERN CAPE
Department of Health and Social Services

REFERENCE
VERWYSING
IMIBUZO

PROVINSIALE ADMINISTRASIE WES KAAP
Departement van Gesondheid en Maatskaplike
Dienste

UITBREIDING
EXTENSION
OKULULEKA

224

ULAWULO LWEPHONDO INTSHONA KOLONI
iSebe lezeMpilo neeNkonzo zeNtlalo

Me I Smit
Simonsbergweg 11
Valmary Park
Durbanville
7550

Geagte me Smit

INSAKE: TOESTEMMING VIR NAVORSING IN VERLOSKUNDE AFDELING

1. U skrywe van 22 Februarie 2002 verwys.
2. Goedkeuring sal vanaf Streek: Weskus/Wynland verkry moet word.
3. 'n Afskrif van u versoek word deur ons aan ons Streekkantoor gestuur.
4. Ons sal u inlig sodra en indien die goedkeuring toegestaan word.

MEDIESE SUPERINTENDENT
JH/cb

Datum: 2002-02-28

STELLENBOSCH HOSPITAAL
PRIVAATSAK X5027
STELLENBOSCH
7599
TELEFOON (021) 8870310
FAXS (021) 8865454

STELLENBOSCH HOSPITAL
PRIVATE BAG X5027
STELLENBOSCH
7599
TELEPHONE (021) 8870310
FAX (021) 8865454

WESFLEUR HOSPITAAL

Die Mediese Superintendent

Navrae : Mnr. H.d. Steenkamp
Tel: 021- 5718040/41
Faks: 021- 5724420

P/Sak X 1
Reygersdal 7352
17/05/2002

Mev. Ilze Smith
Simonsbergweg 11
Valmary Park
Durbanville
7550

Toestemming vir Navorsing in Verloskunde :

Geagte Mev.

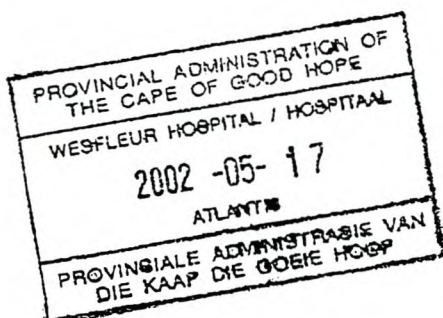
Baie dankie vir u aansoek om navorsing by ons hospitaal te kan doen. Ons verwelkom gewoonlik sulke geleenthede omdat die hospitaal baie keer ook baat vind by sulke navorsing. – Ongelukkig moet ons egter u aansoek afkeer om die volgende redes :

1. Ons is tans besig met verbouings en herstelwerk aan die hospitaal met gevolglike verskuiwings van ons kraamsaal.
2. 2. Bogenoemde veroorsaak dat baie van ons personeel verskuif moes word en nie sal kan help met u projek.

Ons vertrou dat u ons situasie verstaan en ons in die toekoms sal nader vir projekte.

Vriendelike groete

Dr. F. ~~K~~ Buys (Mediese Superintendent)



CPN L. Brandt
Unit Manager
Kraaifontein M.O.U.
06/ 03/ 2002

Ms. I. Smit
M. Cur Student
University of Stellenbosch

Re: Permission to do research in the M.O.U.

With regard to your request, we unfortunately cannot accommodate you at this stage, at our M.O.U., for the periods that you have stated in your letter.

We are currently accommodating students from both UWC and NCWC, so our student totals are what we can handle right now maximally, with their facilitators also taken into consideration.

We do hope however, that you will be able to be accommodated at one of the other Primary Health Care Institutions.

Good luck with your studies.

Sincere regards

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'L. Brandt', with a stylized, cursive script.

L. Brandt, CPN
Unit Manager
Kraaifontein M.O.U.

BYLAE 5

BEVALLINGSKONTROLELYS

ITEM	BEVALLINGSNOMMER
1 DATUM	
2 TYD	
3 PLEK	
VERLOSKUNDIGE GESKIEDENIS	
4 MOEDER: OUDERDOM	
5 GRAVIDITEIT	
6 PARITEIT	
7 IUD(dui aan Gestasie in weke)	
8 VORIGE EPISIOTOMIES	
9 VORIGE PERINEALE SKEURE	
ANTEPARTUM	
10 SWANGERSKAPSKOMPLIKASIES	
11 GESTASIEDUUR	
12 SWANGERSKAP: MASSATOENAME	
13 BEKKENSKATTING	
14 FETALE PRESENTASIE	
15 FETALE POSISIE	
INTRAPARTUM	
16 DUUR 1STE STADIUM: PRIMIGRAVIDA	
17 DUUR 1STE STADIUM: MULTIGRAVIDA	
18 1STE STADIUM:KOMPLIKASIES	
19 1STE STADIUM: OKSITOSIEN	
20 2DE STADIUM: OKSITOSIEN	
21 DUUR 2DE STADIUM:PRIMIGRAVIDA	
22 DUUR 2DE STADIUM:MULTIGRAVIDA	
23 2DE STADIUM: KOMPLIKASIES	
24 MOEDERLIKE POSISIE:2DE STADIUM	
25 ONDERSTEUNING PERINEUM	
26 PERINEALE MASSERING	
27 PERINEALE EDEEM	
28 OLIES,SMEERMIDDELS	
29 EPIDURALE VERDOWING	
30 FETALE NOOD	
31 ANDER SKEURE/LASERASIES	
32 PERINEUM GESKEUR	
33 TIPE PERINEALE SKEUR	
34 EPISIOTOMIE GEKNIP	
35 OPTIMALE TYD VIR KNIP	
36 TIPE EPISIOTOMIE GEKNIP	
37 LENGTE VAN EPISIOTOMIE GEKNIP	
38 SAMEWERKING VAN MOEDER	
39 GEASSISTEERDE VERLOSSING	
40 BEHEER OOR FETALE SKEDEL	
41 BEHEER OOR VERLOSSING LYF	
42 BEVALLING BEHARTIG DEUR	
NEONAAT	
43 GEBOORTEMASSA	
44 KOPOMTREK NEONAAT	
ANDER	
45 BYKOMENDE INLIGTING	

Kodering van bevallingskontrolelys

1. Datum

Voltooi op kontrolelys

2. Tyd

Voltooi op kontrolelys

3. Plek

1. Bishop Lavis MOU
2. Caledon hospitaal
3. Ceres hospitaal
4. Hermanus hospitaal
5. Karl Bremer hospitaal
6. Kraaifontein MOU
7. Somerset hospitaal
8. Stellenbosch hospitaal
9. Swartland hospitaal
10. Tygerberg hospitaal
11. Wesfleur hospitaal

4. Ouderdom van moeder (jaar)

1. < 15
2. 15 – 20
3. 21 – 25
4. 26 – 30
5. 31 – 35
6. 36 – 40
7. > 40

5. Graviditeit

voltooi op kontrolelys (bv G5)

6. Pariteit

voltooi op kontrolelys (bv P4)

7. IUD

1. Ja (dui gestasie aan in weke)
2. Nee

8. Vorige episiotomies

1. Ja.....(sien notas)
2. Nee
3. Onbekend

9. Vorige perineale skeure

1. Ja
2. Nee
3. Onbekend

10. Swangerskapkomplikasies

1. Ja(sien notas)
2. Nee
3. onbekend

11. Gestasie van swangerskap

1. < 37/52
2. > 37/52 (sluit 37/52 in)
3. onbekend

12. Massatoename tydens swangerskap

1. < 12,5 kg
2. >12,5 kg
3. onbekend/ nie gedoen

13. Bekkenskatting gedoen voor $\pm 36/52$

1. Ja
2. Nee
3. Onbekend

14.Fetale presentasie

voltooi op kontrolelys (bv Verteks / stuit)

15.Fetale posisie

voltooi op kontrolelys (bv ROA óf onbekend)

16.Duur van die 1e stadium (aktiewe fase)

Primigravida > 14 h

1. Ja
2. Nee
3. Onbekend
4. Nie van toepassing

17.Duur van 1e stadium (aktiewe stadium)

Multigravida > 9 h

1. Ja
2. Nee
3. Onbekend
4. Nie van toepassing

18.Eerste stadium : komplikasies

1. Ja..... (rekordeer op veldnotas)
2. Nee
3. Onbekend

19.Eerste stadium:oksitosien ontvang

1. Ja
2. Nee
3. Onbekend

20.Tweede stadium : oksitosien ontvang

1. Ja
2. Nee
3. Onbekend

21.Duur van 2e stadium

Primigravida > 40 min

1. Ja
2. Nee
3. Onbekend
4. Nie van toepassing

22.Duur van tweede stadium

Multigravida > 20 min

1. Ja
2. Nee
3. Onbekend
4. Nie van toepassing

23.Tweede stadium : komplikasies

1. Ja
2. Nee
3. Onbekend

24.Moederlike posisie tydens geboorte

1. dorsaal
2. lateraal
3. hurk ('squad')
4. kniel
5. ander

25.Manuele ondersteuning van perineum

1. Ja
2. Nee
3. Onbekend

26.Perineale massering

1. Ja
2. Nee
3. Onbekend

27.Perineale edeem

1. Ja
2. Nee
3. Onbekend

28.Gebruik van olies of smeermiddels

1. Ja
2. Nee
3. Onbekend

29.Epidurale verdowing

1. Ja
2. Nee
3. Onbekend

30.Fetale nood

1. Ja
2. Nee
3. Onbekend

31. Ander skeure / laserasies

1. Ja..... (rekordeer op veldnotas)
2. Nee
3. Onbekend

32.Perineum geskeur

1. Ja
2. Nee
3. Onbekend

33.Tipe perineale skeur

1. eerstegraads
2. tweedegraads
3. derdegraads
4. vierdegraads
5. nie van toepassing

**Klassifikasie van perineale skeure volgens weefsel
en strukture wat beskadig is :**

Oppervlakkige laserasies of barsies van die vaginale mukosa wat nie hegting benodig nie, word beskou as 'n intakt perineum.

1. eerstegraads

Die strukture wat beskadig is, is die :

- Vaginale mukosa
- Fourchette
- Vel van die perineum direk onder die fourchette

2. tweedegraads

Die laserasie kom hoofsaaklik voor in die midlyn en behels die volgende strukture :

- Vaginale mukosa en submukosa
- Perineale liggaam
- Transvers perineale spier
- Laserasie van die vel van die perineum direk onder die fourchette ontbloot die levator ani, maar anale sfinkter is in takt.

3. derdegraads

Hierdie laserasie sluit al bogenoemde strukture in, sowel as die anale sfinkter, hetsy gedeeltelik of volledig.

4. vierdegraads

Indien die trauma verder strek en ook die rektale mukosa insluit.

34. Episiotomie geknip

1. Ja
2. Nee
3. Nie van toepassing

35.Optimale tyd vir knip

- tekens vir onvermydelike perineale skeur waargeneem en
- gedurende kontraksie wanneer perineum optimaal gestrek, dun en bultend is.

1. Ja
2. Nee
3. Nie van toepassing

36.Tipe episiotomie geknip

1. medio-lateraal
2. lateraal
3. midlyn
4. nie van toepassing
5. J-vormig

37.Lengte van die episiotomie

1. < 4cm
2. > 4 cm
3. onbekend
4. nie van toepassing

38.Samewerking van moeder

1. Ja
2. Nee
3. Onbekend

39.Geassisteerde verlossing

1. tang
2. suier
3. geen

40.Beheer oor verlossing van fetale skedel

1. Ja
2. Nee
3. Onbekend

41. Beheer oor verlossing van fetale lyfie

1. Ja
2. Nee
3. Onbekend

42. Bevalling behartig deur

1. Student
2. Geregistreerde verpleegkundige
3. Geregistreerde vroedvrou
4. Geneesheer
5. Ander

43. Geboortemassa

1. < 2500g
2. 2500g – 3000g
3. > 3000g
4. Onbekend

44. Kopomtrek van baba

1. < 33 cm
2. 33 – 37 cm
3. > 37 cm
4. Onbekend

45. Bykomende inligting (rekordeer op veldnotas)

Bevalling No.....Item No.....

BYLAE 6

HEGTINGSKONTROLELYS

ITEM	HEGTINGSNOMMER
1 DATUM	
2 TYD	
3 PLEK	
ALGEMEEN	
4 INDIKASIE VIR EPISIOTOMIE	
5 TIPE PERINEALE SKEUR	
6 POSISIE	
ASEPTIESE TEGNIEK	
7 HANDE CHIRURGIES SKOON	
8 VULVA EN DYE GEDEP	
9 MIDDEL GEBRUIK	
10 DEK AF MET STERIELE DOEKE	
11 STERIELE TOERUSTING	
INFILTRASIE-TEGNIEK	
12 PERINEUM GEÏNFILTREER MET LOKALE VERDOWING	
13 TIPE LOKALE VERDOWING	
14 DOSIS LOKALE VERDOWING	
15 TEGNIEK KORREK VIR EPISIOTOMIE	
16 TEGNIEK KORREK VIR EERSTEGRAADSE SKEUR	
17 TEGNIEK KORREK VIR TWEEDEGRAADSE SKEUR	
18 TYDSDUUR VOOR HEGTING	
HEGTING	
19 BLOEDING BEHEER VOOR HEGTING	
20 TAMPON IN VAGINA GEPLAAS	
21 APEKSSTEEL INGEPLAAS	
22 Tipes STEKE: VAGINALE MUKOSA	
23 TEGNIEK KORREK VIR VAGINALE MUKOSA	
24 KROONSTEEL INGEPLAAS	
25 TIPE STEKE: PERINEALE SPIERLAAG	
26 TIPE NAALD GEBRUIK: PERINEALE SPIERLAAG	
27 TEGNIEK KORREK VIR PERINEALE SPIERLAAG	
28 TIPE STEKE: PERINEUM VEL	
29 TIPE NAALD GEBRUIK VIR HEGTING PERINEUM VEL	
30 TEGNIEK KORREK VIR PERINEUM VEL	
31 SPASIERING STEKE	
32 WONDRANDTE LANGS MEKAAR	
33 TIPE HEGTINGSMATERIAAL GEBRUIK	
MET VOLTOOIING VAN HEGTING	
34 VAGINALE INTROÏTUS ONDERSOEK	
35 STEKELYN ONDERSOEK	
36 VAGINALE TAMPON VERWYDER	
37 FUNDUS OPGEVRYF	
38 REKTALE ONDERSOEK GEDOEN	
39 SANITÊRE DOEKIE IN POSISIE	
40 KONTROLEER URINE PASSERING	
REKORDHOUDING	
41 INLIGTING GEREKORDEER	
42 INFILTRASIE GEDOEN DEUR	
43 HEGTING GEDOEN DEUR	
44 HEGTING ONDER TOESIG GEDOEN	
ANDER	
45 VAARDIGHEID MET PROSEDURE	

Kodering van die hegtingskontrolelys

1. Datum

Voltooi op kontrolelys

2. Tyd

Voltooi op kontrolelys

3. Plek

1. Bishop Lavis MOU
2. Caledon Hospitaal
3. Ceres Hospitaal
4. Hermanus Hospitaal
5. Karl Bremer Hospitaal
6. Kraaifontein MOU
7. Somerset Hospitaal
8. Stellenbosch hospitaal
9. Swartland Hospitaal
10. Tygerberg Hospitaal
11. Wesfleur Hospitaal

4. Indikasie vir episiotomie

1. Voorkomend (rekordeer op veldnotas)
2. Moederlik (rekordeer op veldnotas)
3. Fetaal (rekordeer op veldnotas)
4. Nie van toepassing
5. Onbekend

5. Tipe perineale skeur

1. eerstegraads
2. tweedegraads
3. derdegraads
4. vierdegraads
5. ander (rekordeer op veldnotas)
6. nie van toepassing

6. Posisie van pasiënt

1. Litotomie
2. Dorsaal
3. Ander (rekordeer op veldnotas)

7. Hande chirurgies skoon

1. Ja
2. Nee
3. Nie gerekordeer

8. Vulva en dye gedep

1. Ja
2. Nee
3. Nie gerekordeer

9. Middel gebruik om af te dep

1. Nie-gesteriliseerde water
2. Gesteriliseerde water
3. Povidoonoplossing 10% (Betadine®)
4. Ander (dui aan op kontrolelys)

10. Dek af met steriele doeke

1. Ja
2. Nee
3. Nie gerekordeer

11. Steriele toerusting volledig

1. Ja
2. Nee
3. Nie gerekordeer
4. Bykomende inligting (sien notas)

steriele toerusting sluit in :

- ☐ doeke en deppers
- ☐ antiseptiese skoonmaakmiddel
- ☐ naaldvoerder
- ☐ chirurgiese handskoene

- ☐ vaginale tampons
- ☐ naalde en spuite
- ☐ lokale verdowing
- ☐ hegtingsmateriaal

- chroom met ronde naald – vaginale mukosa en onderliggende spiere
- chroom met snynaald – perineale vel

12. Perineum geïnfiltreer met lokale verdowing

1. Ja
2. Nee
3. Nie gerekordeer

13. Tipe lokale verdowing

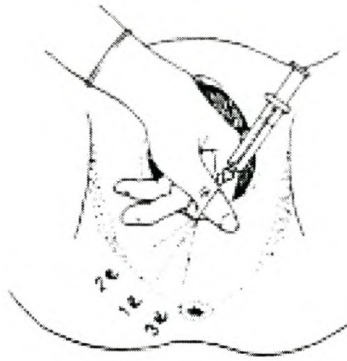
1. Lignocaine®
2. Ander (rekordeer op veldnotas)
3. Nie van toepassing

14. Dosis van lokale verdowing

dui aan op kontrolelys in ml

15. Infiltrasietegniek korrek vir episiotomie

1. Ja
2. Nee (rekordeer op veldnotas)
3. Nie van toepassing



Figuur 1: Infiltrasietegniek vir hegting van 'n episiotomie

- Infiltrasie word gedoen tussen kontraksies
- Plaas indeks en middelvinger in vagina tussen voorliggende deel van fetus en perineum
- Trek perineum weg van voorliggende deel :
 - Om te infiltrasie van voorliggende deel te voorkom
 - Vinger rig die naald
- Plaas naald op rand van middelpunt van fourchette, toets dat naald nie in bloedvat is nie, spuit klein hoeveelheid lokale verdowing in rand van fourchette – dien as riglyn waar om episiotomie te begin knip
- Plaas naald 3 cm (2 vingers) verder in perineum mediolateraal, $\pm 2,5$ cm vanaf anale sfinkter, trek terug....., spuit 3 ml van verdowing in perineum terwyl naald teruggetrek word tot by fourchette

- Sonder om naald te verwyder verdoof perineum aan beide kante van oorspronklike infiltrasie in waaiervormige struktuur
- Wag ± 3 min vir verdowing om effektief te wees voor episiotomie geknip word.

16. Infiltrasietegniek korrek vir eerstegraadse skeur

1. Ja
2. Nee (rekordeer op veldnotas)
3. Nie van toepassing

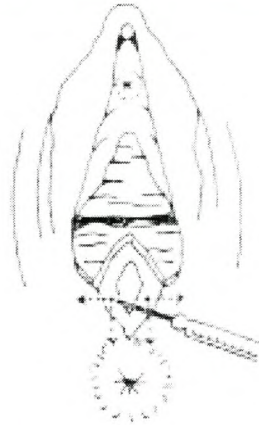


Figuur 2: Infiltrasietegniek vir hegting van eerstegraadse skeur

- Plaas naald subkutaan ± 1 cm langs beide wondrande tot naald punt van fourchette bereik
- Toets om te verseker dat naald nie in bloedvat is nie
- Spuit lokale verdowing stadig in terwyl naald teruggetrek word.

17. Infiltrasietegniek korrek vir tweedegraadse skeur

1. Ja
2. Nee (rekordeer op veldnotas)
3. Nie van toepassing



Figuur 3: Infiltrasietegniek vir hegting van 'n tweedegraadse skeur

- Plaas naald in perineum loodreg \pm halfpad in wond
- Rig naald in rigting van rand van fourchette, toets dat naald nie in bloedvat is nie en spuit lokale verdowing stadig in terwyl naald uitgetrek word
- Rig dan naald in rigting van anale rand van wond en verdoof soos genoem
- Herhaal ander kant van wond.

18. Tydsduur gewag voor verdowing effektief is

Van toepassing op knip van episiotomie, sowel as hegting van perineale wond.

1. < 3 min
2. > 3 min
3. Nie van toepassing

19. Bloeding beheer voor hegting

1. Ja
2. Nee
3. Onduidelik
4. Nie gerekordeer

20. Tampon in vagina geplaas

1. Ja
2. Nee
3. Nie gerekordeer

21. Apekssteek ingeplaas

1. Ja
2. Nee
3. Onduidelik
4. Nie gerekordeer

22. Tipe steke vir hegting van vaginale mukosa

1. Aaneenlopende steke
2. Onderbroke steke
3. Ander (rekordeer op veldnotas)
4. Nie van toepassing

23. Hegtingstegniek korrek vir vaginale mukosa om dooie spasies te voorkom

1. Ja
2. Nee
3. Onduidelik
4. Nie gerekordeer
5. Nie van toepassing

24. Kroonsteek ingeplaas

1. Ja
2. Nee
3. Onduidelik
4. Nie gerekordeer

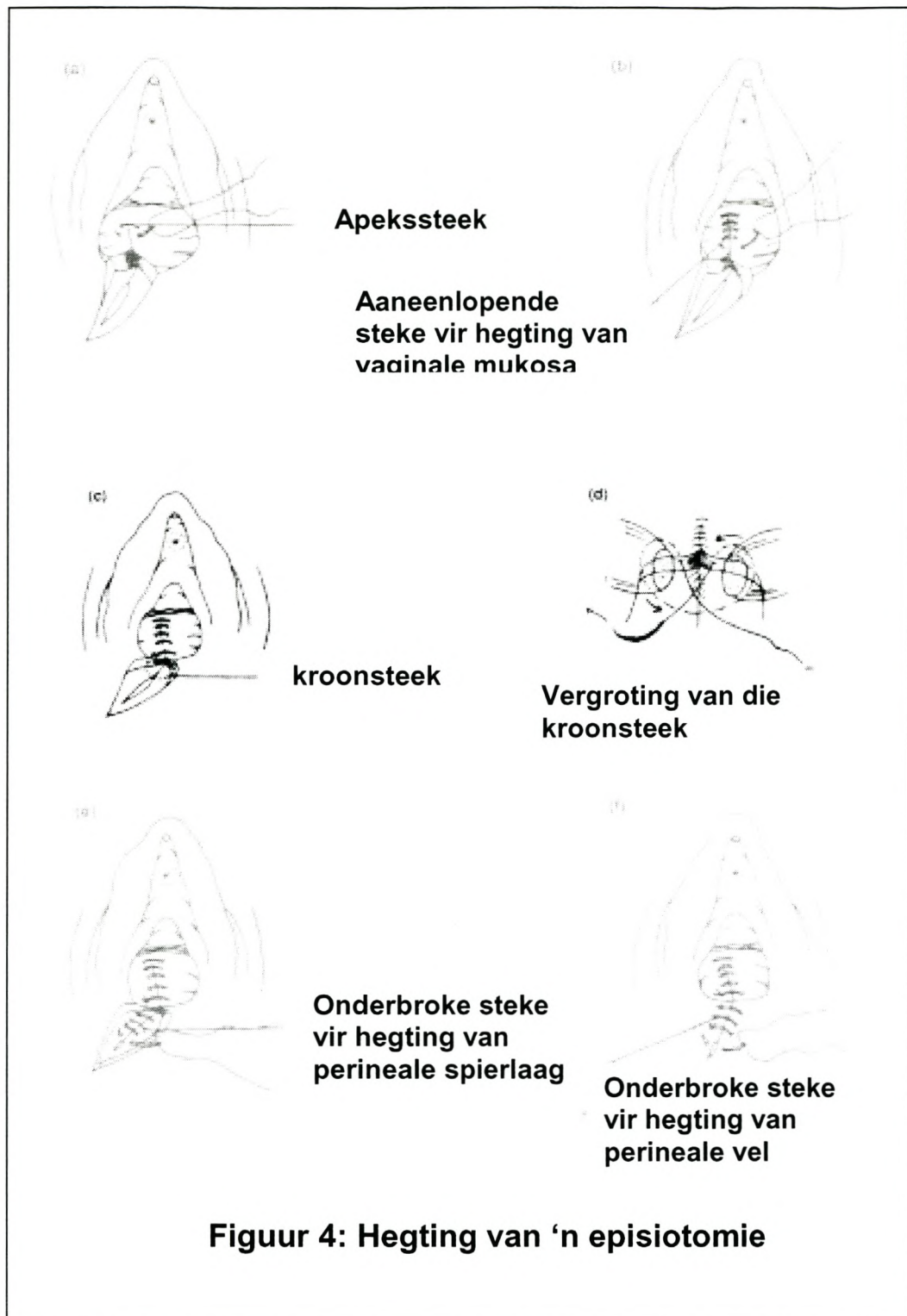
5. Nie van toepassing
- 25. Tipe steke gebruik vir hegting van perineale spierlaag**
 1. Aaneenlopende steke
 2. Onderbroke steke
 3. Ander (rekordeer op veldnotas)
 4. Nie gerekordeer
 5. Nie van toepassing
- 26. Tipe naald gebruik vir hegting van perineale spierlaag**
 1. Ronde naald
 2. Snynaald
 3. Ander (rekordeer op veldnotas)
 4. Nie gerekordeer
 5. Nie van toepassing
- 27. Hegtingstegniek korrek vir perineale spierlaag om dooie spasies te voorkom**
 1. Ja
 2. Nee
 3. Onduidelik
 4. Nie gerekordeer
 5. Nie van toepassing
- 28. Tipe steke gebruik vir hegting van perineumvel**
 1. Aaneenlopende steke
 2. Onderbroke steke
 3. Ander (rekordeer op veldnotas)
 4. Nie gerekordeer
 5. Nie van toepassing

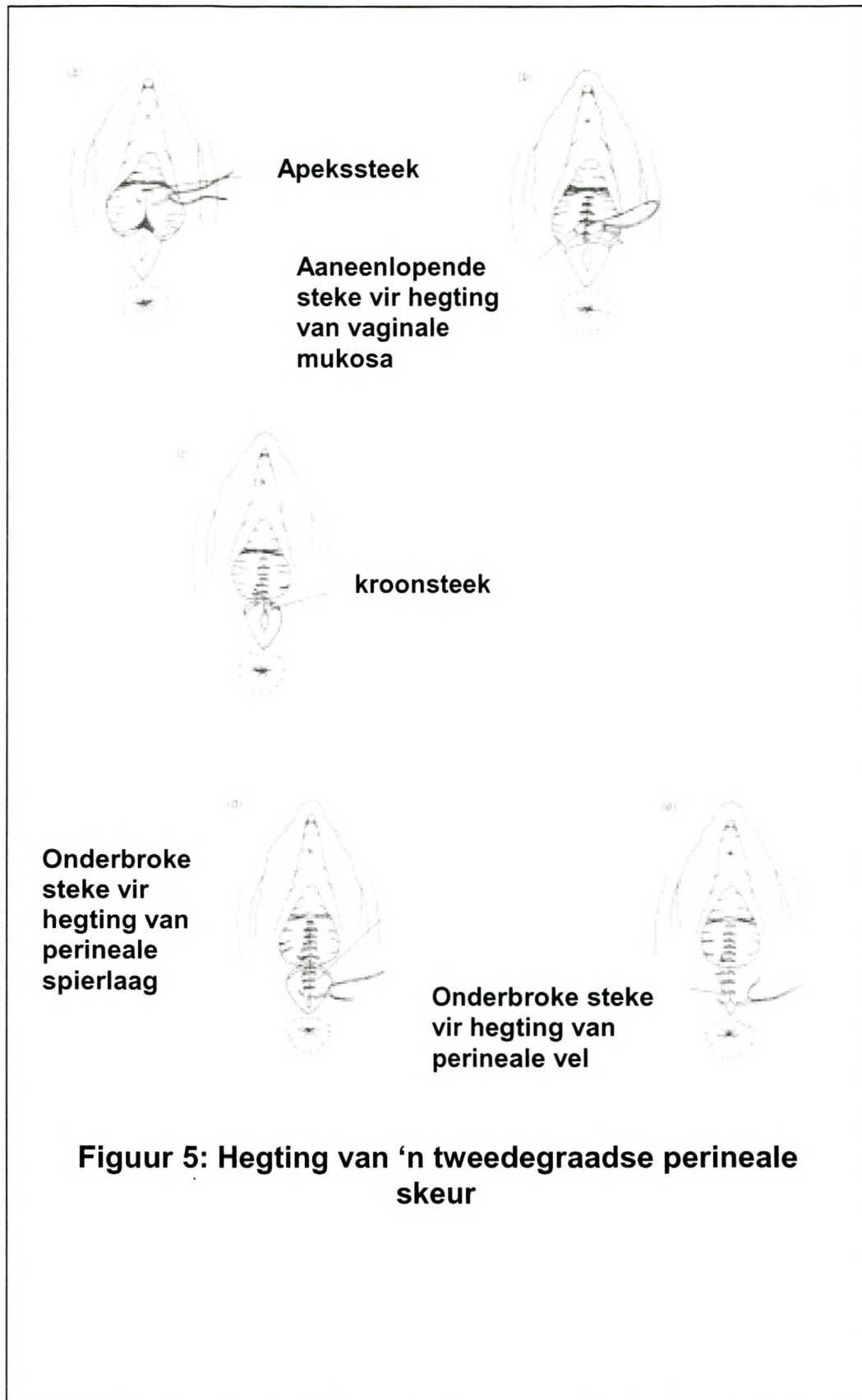
29. Tipe naald gebruik vir hegting van perineumvel

1. Ronde naald
2. Snynaald
3. Ander (rekordeer op veldnotas)
4. Nie gerekordeer
5. Nie van toepassing

30. Hegtingstegniek korrek vir perineumvel oormatige littekens te voorkom

1. Ja
2. Nee
3. Onduidelik
4. Nie gerekordeer
5. Nie van toepassing





31. Spasiëring van steke ± 1 cm uitmekaar om gaping van stekelyn te voorkom

1. Ja
2. Nee (rekordeer op veldnotas)
3. Onduidelik
4. Nie gerekordeer

32. Wondrandte langs mekaar om genesing te bespoedig

1. Ja
2. Nee (rekordeer op veldnotas)
3. Onduidelik
4. Nie gerekordeer

33. Tipe hegtingsmateriaal gebruik

1. Oplosbaar
2. Onoplosbaar
3. Ander (rekordeer op veldnotas)
4. Nie gerekordeer

34. Vaginale introïtus na hegting ondersoek om te bepaal dat dit tenminste 2 vingers toelaat

1. Ja
2. Nee
3. Onseker
4. Nie gerekordeer

35. Stekelyn ondersoek vir gaping en bloeding

1. Ja
2. Nee

onseker

nie gerekordeer

36.vaginale tampon verwyder

1. ja
2. nee

3. onseker
4. nie gerekordeer
5. nie van toepassing

37.fundus opgevryf

1. ja
2. nee
3. onseker
4. nie gerekordeer

38.rektale ondersoek gedoen om te verseker dat steke nie rektum penetreer nie

1. ja
2. nee
3. onseker
4. nie gerekordeer

39.steriele sanitêre doekie aangewend

1. ja
2. nee
3. nie gerekordeer

40.gekontroleer dat pasiënt urine passeer

1. ja
2. nee
3. nie gerekordeer

41.alle besonderhede van prosedure gerekordeer

1. ja
2. nee
3. onvolledig

42.infiltrasie gedoen deur

1. student
2. geregistreerde verpleegkundige
3. geregistreerde vroedvrou
4. geneesheer

5. ander.....(sien notas)

43.hegting gedoen deur

1. student
2. geregistreerde verpleegkundige
3. geregistreerde vroedvrou
4. geneesheer
5. ander.....(sien notas)

44. hegting onder toesig van

1. student
2. geregistreerde verpleegkundige
3. geregistreerde vroedvrou
4. geneesheer
5. ander.....(sien notas)
6. nie van toepassing

45.vaardigheid van prosedure

1. ja
2. nee
3. verpleegkundige onseker
4. nie gerekordeer

Bykomende inligting

Hegtingsno.....Itemno.....

BYLAE 7

VRAELYS

7.1 VRAELYS: AFRIKAANS

7.2 VRAELYS: ENGELS

Geagte Kollega

Ek is 'n M.Cur-student aan die Universiteit van Stellenbosch en tans besig met 'n navorsingsprojek insake perineale hantering tydens verlossings.

Ek sal dit waardeer indien u hierdie vraelys sal voltooi wat daarop gerig is om die voorkoms van perineale trauma tydens verlossings, te evalueer. Perineale trauma sluit in alle perineale skeure, sowel as episiotomies.

'n Ewekansige, gestratifiseerde steekproefneming is van al die gesondheidsinstellings in die Wes-Kaap gedoen om te verseker dat dit 'n verteenwoordigende steekproef is van al die vlakke van staatsinstellings wat verloskundige dienste aanbied. Ewekansige dae is gekies deur gebruik te maak van 'n loting en al die verpleegpersoneel wat aan diens was in die kraamsaal op die geselekteerde dae, is in die studie ingesluit.

Die sukses van hierdie studie word grootliks bepaal deur u insette. U word dus versoek om die korrekte inligting te verskaf, asook u eerlike mening te reflekteer op die relevante vrae. Alle inligting sal konfidensieël hanteer word en slegs vir navorsingsdoeleindes gebruik word.

Hierdie vraelys behoort nie langer as 10 minute te neem om te voltooi nie.

Dankie vir u samewerking.

Die Navorser.

Ilze Smit.

INSTRUKSIES

1. Beantwoord asseblief al die vrae.
2. Voltooi die volgende vrae, OF maak 'n X in die toepaslike blokkie(s).
3. Sommige vrae mag meer as een toepaslike antwoord hê.
4. Indien u interpretasieprobleme ondervind met enige vraag, kan u die navorser kontak by Selfoonnommer : 083 287 6372.

Kantoorgebruik**A. Biografiese inligting**

- | | | | |
|----|--------------------|--|----|
| 1. | U ouderdom in jare | | 01 |
|----|--------------------|--|----|
-
- | | | | |
|----|------------------------------|---------------------------------|----|
| 2. | Dui u vlak van opleiding aan | Studentvroedvrou | 02 |
| | | Geregistreeerde verpleegkundige | 03 |
| | | Geregistreeerde vroedvrou | 04 |
-
- | | | | |
|-----|--|--------------|-----|
| 3.1 | Dui die tipe instansie aan waar u u voorregistrasie (basiese) opleiding gedoen het | Kollege | 05 |
| | | Universiteit | 06 |
| 3.2 | In watter provinsie is hierdie instansie? | | 07 |
| 3.3 | Watter diploma/graad het u behaal? | | 08 |
| 3.4 | In watter jaar het u u voorregistrasie opleiding voltooi? | | 09 |
| 3.5 | Sluit hierdie kwalifikasie verloskunde in? | JA | NEE |
| | | | 10 |

VOLTOOI SLEGS VRAAG 4 INDIEN U NEE GEANTWOORD HET OP VRAAG 3.5

4.1 Dui die tipe instansie aan waar u u **verloskunde opleiding** voltooi het

Kollege		11
Hospitaal		12
Universiteit		13
		14
		15

4.2 In watter provinsie is hierdie instansie?

4.3 In watter jaar het u u verloskunde opleiding voltooi?

5. Wat is u hoogste **verloskunde** kwalifikasie?

Voorregistrasie diploma insluitende Verloskunde		16
Voorregistrasie graad insluitende Verloskunde		17
Nabasiese Diploma in Verloskunde (1 jaar)		18
Gevorderde diploma in Verloskunde		19
Gevorderde graad in Verloskunde (bv. HonsBCur of MCur)		20
Ander: Spesifiseer asb.		21

6.1 Hoeveel jaar is u reeds in 'n kraamsaal werksaam?

		22
--	--	----

6.2 Was u diensjare in verloskunde onderbroke?

JA	NEE	23
----	-----	----

6.3 Indien "Ja", om watter redes?

24

7.1 Is u huidige plasing in die kraamsaal u voorkeurkeuse?

JA	NEE	25
----	-----	----

7.2 Indien "nee", waarom nie?

26

8. Beskou u:

8.1 U eie opleiding ten opsigte van die **knip** van episiotomies as voldoende?

JA	NEE	27
----	-----	----

8.2 Die huidige opleiding van verpleegstudente ten opsigte van die knip van episiotomies as voldoende?

JA	NEE	28
----	-----	----

8.3 U huidige vaardigheid ten opsigte van die knip van episiotomies as voldoende?

JA	NEE	29
----	-----	----

8.4 Dui aan enige kommentaar of aanbevelings betreffende die knip van episiotomies

30

9. Beskou u:

9.1 U eie opleiding ten opsigte van die **hegting** van perineale skeure en episiotomies as voldoende?

JA	NEE	31
----	-----	----

9.2 Die huidige opleiding van verpleegstudente ten opsigte van die hegting van perineale skeure en episiotomies as voldoende?

JA	NEE	32
----	-----	----

9.3 U huidige vaardigheid ten opsigte van die hegting van perineale skeure en episiotomies as voldoende?

JA	NEE	33
----	-----	----

9.4 Dui aan enige kommentaar of aanbevelings betreffende die hegting van perineale skeure en episiotomies.

34

B. Spesifieke inligting

10.1 Episiotomies moet as standaardprosedure geknip word by:

Alle primigravida's

JA	NEE	35
----	-----	----

Alle pasiënte met vorige skeure of episiotomies

JA	NEE	36
----	-----	----

Enige pasiënt wanneer die fourchette begin skeur tydens kroning van die fetale skedel

JA	NEE	37
----	-----	----

10.2 Episiotomies moet sover as moontlik vermy word op alle pasiënte

JA	NEE	38
----	-----	----

11. Merk die risikofaktore wat kan aanleiding gee tot perineale skeure :

Verlengde eerste stadium

JA	NEE	39
----	-----	----

Mediale episiotomie

JA	NEE	40
----	-----	----

Ongekontroleerde verlossing

JA	NEE	41
----	-----	----

Vorige episiotomie of skeur

JA	NEE	42
----	-----	----

Edemateuse perineum

JA	NEE	43
----	-----	----

Perineale massering

JA	NEE	44
----	-----	----

Hoë graviditeit

JA	NEE	45
----	-----	----

Verlengde tweede stadium

JA	NEE	46
----	-----	----

Postmaturiteit

JA	NEE	47
----	-----	----

Wanposisies bv. oksipito-posterior posisies

JA	NEE	48
----	-----	----

Hemorrhoïede (aambeie)

JA	NEE	49
----	-----	----

12. Wat beskou u as die belangrikste teken(s) dat dit onvermydelik is dat die perineum gaan skeur en 'n episiotomie uitgevoer behoort te word.

50

13. In 'n eerste graadse skeur is die volgende strukture betrokke :

Vaginale mukosa

Vaginale sub-mukosa

Fourchette

Vel van die perineum net onder die fourchette

Perineale spierlaag

JA	NEE	51
JA	NEE	52
JA	NEE	53
JA	NEE	54
JA	NEE	55

14. Die regte tydstip om 'n episiotomie te knip, is :

Eers nadat die lokale verdowing effektief is

Gedurende die piek van 'n kontrakisie, wanneer die voorliggende deel sigbaar is

Met aanvang van die kontrakisie vóórdat die voorliggende deel sigbaar is.

JA	NEE	56
JA	NEE	57
JA	NEE	58

15. 'n Episiotomie kan geknip word sonder lokale verdowing :

WAAR	ONWAAR	59
------	--------	----

16. 'n Episiotomie insnyding is gewoonlik :

Lateraal		60
Mediaal		61
Medio-lateraal		62

17. Die gemiddelde lengte van 'n episiotomie is :

± 2 cm	± 4 cm	63
--------	--------	----

18. Die volgende kan beskou word as moontlike komplikasies van perineale skeure :

Dispareunie

Inkontinensie van urine

Bloeding

Inkontinensie van faeces

Infeksie

JA	NEE	64
JA	NEE	65
JA	NEE	66
JA	NEE	67
JA	NEE	68

19. 'n Vroedvrou kan die volgende doen om die risiko vir perineale skeure te voorkom of te verminder :

Voorgeboorte klasse vir swanger vroue aan te moedig

Die presenterende deel tydens die verlossing te beheer

Koppie verlos tussen kontraksies

Moeder aan te moedig om die baba tydens slegs een kontraksie te verlos

Die anterior skouer te verlos vóór interne rotasie van die skouers in die antero-posterior posisie

Indien moontlik, behoort meer as een vroedvrou te help met die verlossing

Perineum manueel te ondersteun

JA	NEE	69
JA	NEE	70
JA	NEE	71
JA	NEE	72
JA	NEE	73
JA	NEE	74
JA	NEE	75

20. 'n Foutiewe hegtingstegniek kan 'n rekto-vaginale fistula tot gevolg hê.

21. Die apekssteek word bokant die begin van die insnyding geplaas tydens die hegting van 'n episiotomie

JA	NEE	76
JA	NEE	77

22. Die vaginale mukosa word gewoonlik geheg met:

23. Die perineale vel word gewoonlik geheg met:

Aaneenlopende steke	01	78
Onderbroke steke	02	79
Aaneenlopende steke	01	80
Onderbroke steke	02	81

24. Watter aanbevelings sal u maak t.o.v. die huidige opleiding van verpleegstudente betreffende die **voorkoming van onnodige perineale trauma**, hetsy episiotomies of perineale skeure

82

Baie dankie dat u hierdie vraelys voltooi het.

Dear Colleague

I am a M.Cur student at the University of Stellenbosch and currently conducting a research project on perineal management during labour.

I will appreciate it if you will complete this questionnaire which aims to evaluate the incidence of perineal trauma during labour. Perineal trauma includes all perineal tears and episiotomies.

A randomized, stratified sampling has been done of all the governmental health institutions in the Western Cape to ensure that the sample is representative of all the levels of institutions offering obstetrical services.

Days are randomly selected by means of a draw and all the nursing staff being on duty in the labour ward at these selected days, are included in the study.

The success of this project depends mainly on your input. You are thus requested to give the correct information and also to reflect your honest opinion on the relevant questions. All information will be handled confidentially and will be used for research purposes only.

It will only take 10 minutes to complete this questionnaire.

Thank you for your cooperation.

The researcher

Ilze Smit.

INSTRUCTIONS

1. Please answer all the questions
2. Complete the following questions, or make an X in the appropriate block(s)
3. Some questions may have more than one appropriate answer
4. In case of interpretation problems with any question, please contact the researcher at Cellphone number: 083 2876372

For Office use

A. Biographical information

1.	Your age in years		01
2.	Indicate your level of training	Student midwife	02
		Registered nurse	03
		Registered midwife	04
3.1	Indicate the type of institution where you had completed your pre-registration (basic) training	College	05
		University	06
3.2	In which province is this institution?		07
3.3	Which diploma/degree did you obtain?		08
3.4	In which year have you completed your pre-registration training?		09
3.5	Does this qualification include midwifery?	YES	NO
			10

ONLY COMPLETE QUESTION 4 IF YOU HAVE ANSWERED NO ON QUESTION 3.5

4.1 Indicate the type of institution where you had completed your **midwifery training**

College		11
Hospital		12
University		13
		14
		15

4.2 In which province is this institution?

4.3 In which year have you completed your midwifery training?

5. What is your highest **midwifery** qualification?

Pre-registration diploma including Midwifery		16
Pre-registration degree including Midwifery		17
Postbasic Diploma in Midwifery (1 year)		18
Advanced Diploma in Midwifery		19
Advanced degree in Midwifery (e.g. HonsBCur or MCur)		20
Other: Please specify		21

6.1 How many years have you been working in a labour ward?

		22
--	--	----

6.2 Have your years of employment in Midwifery been interrupted?

YES	NO	23
-----	----	----

6.3 If "Yes", what were the reasons?

24

7.1 Is your current placement in the labour ward your choice of preference?

YES	NO	25
-----	----	----

7.2 If "No", what are the reasons?

26

8. Do you consider:

8.1 Your own training regarding the **cut** of an episiotomy as adequate?

YES	NO	27
-----	----	----

8.2 The current training of nursing students regarding the cut of episiotomies as adequate?

YES	NO	28
-----	----	----

8.3 Your current skills regarding the cut of episiotomies as adequate?

YES	NO	29
-----	----	----

8.4 Indicate any comments or recommendations regarding the cut of episiotomies

30

9. Do you consider:

9.1 Your own training regarding the **suturing** of perineal tears and episiotomies as adequate?

YES	NO	31
-----	----	----

9.2 The current training of nursing students regarding the suturing of perineal tears and episiotomies as adequate?

YES	NO	32
-----	----	----

9.3 Your current skills regarding the suturing of perineal tears and episiotomies as adequate?

YES	NO	33
-----	----	----

9.4 Indicate any comments or recommendations regarding the suturing of perineal tears and episiotomies

34

B. Specific information

10.1 Episiotomies must be done as a standard procedure on:

All primigravidas

YES	NO	35
YES	NO	36
YES	NO	37

All patients with previous tears or episiotomies

Any patient where the fourchette starts tearing during the crowning of the fetal skull

10.2 Episiotomies must be avoided as far as possible on all patients

YES	NO	38
-----	----	----

11. Mark the risk factors predisposing to perineal tears:

Prolonged first stage

Medial episiotomy

Uncontrolled delivery

Previous episiotomy or tear

Oedematous perineum

Perineal massage

High gravidity

Prolonged second stage

Postmaturity

Malpositions e.g. occipito-posterior positions

Haemorrhoids

YES	NO	39
YES	NO	40
YES	NO	41
YES	NO	42
YES	NO	43
YES	NO	44
YES	NO	45
YES	NO	46
YES	NO	47
YES	NO	48
YES	NO	49

12. What do you consider as the most important sign(s) of imminent tearing of the perineum and that an episiotomy should be performed?

50

13. The following structures are involved in a first degree tear

Vaginal mucosa

YES	NO	51
-----	----	----

Vaginal submucosa

YES	NO	52
-----	----	----

Fourchette

YES	NO	53
-----	----	----

Skin of the perineum immediately below the fourchette

YES	NO	54
-----	----	----

Perineal muscle

YES	NO	55
-----	----	----

14. The correct timing of an episiotomy incision is:

After the local anaesthetic has taken effect

YES	NO	56
-----	----	----

At the peak of a contraction when the presenting part is visible

YES	NO	57
-----	----	----

At the onset of the contraction before the presenting part becomes visible

YES	NO	58
-----	----	----

15. An episiotomy can be performed without local anesthesia:

TRUE	FALSE	59
------	-------	----

16. An episiotomy incision is normally:

Lateraal		60
----------	--	----

Mediaal		61
---------	--	----

Medio-lateraal		62
----------------	--	----

17. The average length of an episiotomy :

± 2 cm	± 4 cm	63
--------	--------	----

18. The following can be considered as possible complications of perineal tears:

Dyspareunia	YES	NO	64
Incontinence of urine	YES	NO	65
Hemorrhage	YES	NO	66
Incontinence of faeces	YES	NO	67
Infection	YES	NO	68

19. A midwife can do the following to prevent or reduce the risk of perineal tears:

Promote antenatal classes for pregnant women	YES	NO	69
Control of the presenting part during labour	YES	NO	70
Deliver the fetal head between contraction	YES	NO	71
Encourage the mother to deliver the baby during only one contraction	YES	NO	72
Deliver the anterior shoulder before internal rotation of the shoulders in the antero-posterior position	YES	NO	73
If possible, should more than one midwife help with the delivery	YES	NO	74
Support the perineum manually	YES	NO	75

20. A faulty suturing technique can result in a recto-vaginal fistula.

YES	NO	76
-----	----	----

21. When suturing an episiotomy, the apex suture is inserted above the highest point of the wound

YES	NO	77
-----	----	----

22. The vaginal mucosa is normally sutured with:

Continuous sutures	01	78
Interrupted sutures	02	79

23. The perineal skin is usually sutured with:

Continuous sutures	01	80
Interrupted sutures	02	81

24. Which recommendations will you make about the current training of nursing students regarding the prevention of unnecessary perineal trauma, including episiotomies and perineal tears

82

Thank you for completing this questionnaire

BYLAE 8

SEMI-GESTRUKTUREERDE ONDERHOUD

Vraagstelling betreffende die volgende aspekte :

(Dui ander relevante inligting aan op bylae)

2. Bevalling so gekontroleerd as moontlik hanteer om sodoende te voorkom dat perineum tweedegraads of verder sal skeur in plaas van onnodiglik 'n episiotomie doen as voorkomingsmaatreël.....

[illegible]

3. Alle primigravidas se perineum tydens kroning van die fetale skedel
infiltreer ongeag of ‘n episiotomie op daardie stadium al aangedui is of
nie.....

(Dui ander relevante inligting aan op notas)

Ja											
Nee											
Ander											

4. Ander relevante inligting verkry tydens die onderhoud.

(sien notas)

Ja											
Nee											

Bykomende inligting

Onderhoud No.....Vraag No.....

BYLAE 9

INFILTRASIE-TEGNIK

9.1 Infiltrasietegniek vir knip van episiotomies

**9.2 Infiltrasietegniek vir hegting van eerstegraadse
skeure**

**9.3 Infiltrasietegniek vir hegting van tweedegraadse
skeure en episiotomies nie vooraf geïnfiltreer**

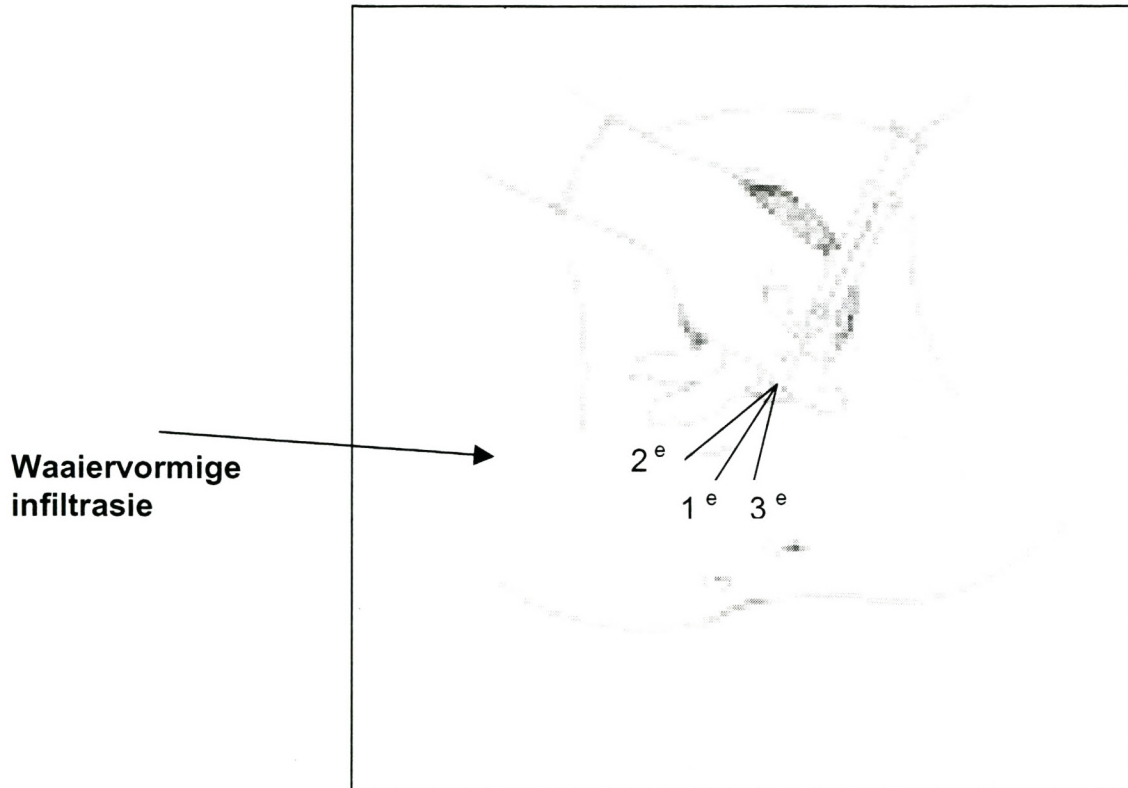
9.1 Infiltrasie vir die knip van 'n medio-laterale episiotomie (Gedemonstreer in Figuur 1)

1. Infiltrasie word gedoen tussen kontraksies.
2. Plaas die indeks- en middelvinger in vagina tussen die voorliggende deel van die fetus en die perineum.
3. Trek die perineum weg van die voorliggende deel om infiltrasie van die voorliggende deel te voorkom.
4. Hou in gedagte dat die gevaar bestaan dat die verpleegkundige hom/haarself kan raaksteek.
5. Plaas die naald op die rand van middelpunt van die fourchette, toets dat die naald nie in 'n bloedvat is nie, spuit 'n klein hoeveelheid lokale verdoving in rand van die fourchette. Dit dien as riglyn waar om die episiotomie te begin knip.
6. Steek die volle lengte van die naald mediolateraal in die perineum, $\pm 2,5$ cm of twee vingerbreedtes vanaf die anale sfinkter. Toets dat die naald nie in 'n bloedvat is nie en spuit ± 3 ml verdowingsmiddel in terwyl die naald teruggetrek word tot by die fourchette.
7. Sonder om die naald te verwyder, verdoof die perineum aan beide kante van die oorspronklike infiltrasie in 'n waaivormige struktuur.
8. Indien moontlik, moet ongeveer twee tot drie kontraksies toegelaat word tussen infiltrasie en die insnyding.

FIGUUR 1

Infiltrasietegniek vir die knip van 'n medio-laterale episiotomie

(Sellers, 1993:554)



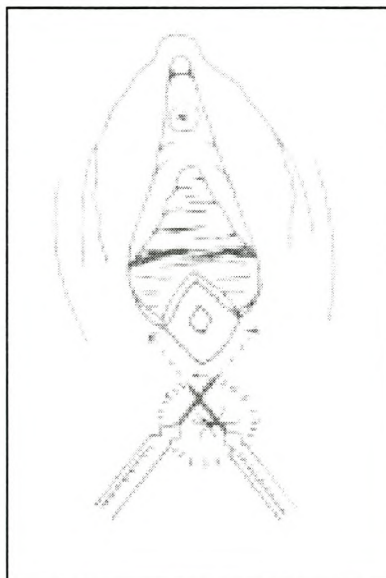
9.2 Infiltrasietegniek vir hegting van 'n eerstegraadse skeur (Gedemonstreer in Figuur 2)

1. Plaas die naald subkutaan \pm 1cm langs beide wondrandte van die vel tot naaldpunt die fourchette bereik.
2. Toets om te verseker dat naald nie in 'n bloedvat is nie.
3. Spuit lokale verdowing stadig in terwyl die naald teruggetrek word.
4. Die vaginale mukosa en submukosa kan op dieselfde wyse geïnfiltreer word, beginnende by die fourchette.

FIGUUR 2

Infiltrasie van eerstegraadse skeur

(Sellers,1993:544)



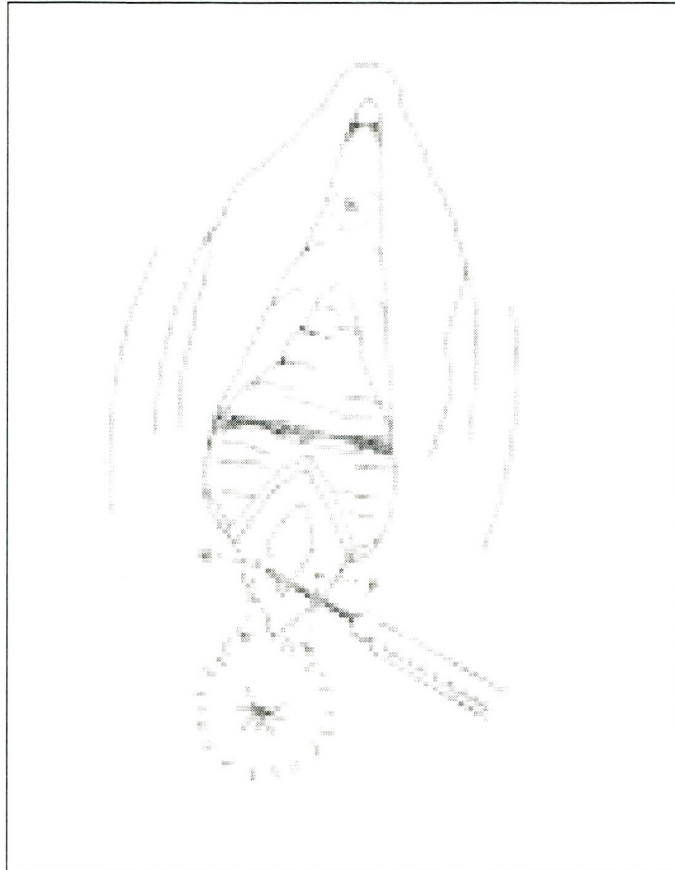
9.3 Infiltrasietegniek vir hegting van 'n tweedegraadse skeur of episiotomie nie vooraf verdoof nie (Gedemonstreer in Figuur 3)

1. Plaas die naald loodreg in die perineum tot ongeveer halfpad in die wond.
2. Rig die naald in die rigting van die vaginale kanaal, toets dat die naald nie in 'n bloedvat is nie en spuit lokale verdowing stadig in terwyl die naald uitgetrek word.
3. Rig dan die naald in rigting van die anale rand van die wond en verdoof soos genoem.
4. Verdoof eers die dieper strukture, daarna die oppervlakkige wondrande.
5. Herhaal aan die ander kant van die wond..

FIGUUR 3

**Infiltrasie vir hegting van tweedegraadse skeure en episiotomies wat
nie vooraf verdoof is nie**

(Sellers, 1993:544).



BYLAE 10

KNIP VAN 'N EPISIOTOMIE

**Knip van medio-laterale episiotomie
(Gedemonstreer in Figuur 1)**

1. Twee vingers van die hand wat nie die skêr hanteer nie, word in die vaginale introïtus tussen die voorliggende deel en die perineum geplaas.
2. Met die piek van 'n kontraksie, net voor kroning van die fetale skedel, word die perineum weggetrek van die voorliggende deel en die perineum word geknip vanaf die midlyn van die fourchette, medio-lateraal tot 'n punt $\pm 2,5$ cm of twee vingerbreedtes vanaf die anus.
3. Indien die perineum vooraf geïnfiltreer is, volg die insnyding die eerste infiltrasieroete.
4. Die gemiddelde insnyding is ± 3 tot 4 cm lank, of twee tot drie vingerbreedtes.
5. Indien moontlik, moet twee of drie kontraksies voorkom tussen infiltrasie en die insnyding aangesien die lokale verdowing \pm drie minute neem voordat dit effektief is.

FIGUUR 1

Knip van 'n medio-laterale episiotomie

(Sellers, 1993:554)



BYLAE 11

HEGTINGSTEGNIEK

11.1 Hegtingstegniek van 'n eerstegraadse skeur

**11.2 Hegtingstegniek van 'n tweedegraadse skeur
en episiotomie**

Hegtingstegniek

Algemene inligting

- ❑ Hegting van enige perineale wond is 'n **steriele prosedure**. Al die toerusting moet vooraf op die steriele blad oopgemaak word voordat die betrokke verpleegkundige die steriele handskoene aantrek.
- ❑ Plaas pasiënt in die **litotomie-posisie** of rand van die bed om hegting te vergemaklik.
- ❑ Die pasiënt moet voldoende, met 'n maksimum van 20ml van 1% Lignocaine® verdoof word. Minstens drie minute moet verloop na toediening van die **verdowing** sodat die verdowing effektief is voor met hegting begin word.
- ❑ Alle hegtings moet onder **direkte toesig** van 'n geregistreerde vroedvrou of geneesheer gedoen word.
- ❑ In geval van HIV-positiewe pasiënte en die gevaar van HIV-oordrag na die vroedvrou, moet:
 - Enige **tipe steek** wat onnodige hantering van die naald noodsaak tydens die inplaas daarvan, vermy word. Dit sluit matras- en syfer-agt-steke in;
 - Hegtings moet ten alle tye met behulp van 'n **assistent** gedoen word en
 - Die gebruik van hande tydens die hegting moet vermy word weens die risiko van selfbesering van die verpleegkundige. Slegs **instrumente** moet gebruik word.

11.1 Hegtingstegniek van 'n eerste graadse skeur

1. Slegs een of twee steke word meestal benodig.
2. Die apeks van die wond word met 'n onderbroke steek, genoem die apekssteek, geheg net bokant die hoogste punt van die skeur.
3. Gebruik verkieslik onderbroke steke vir die perineale vel en/of die vaginale weefsel.

11.2 Hegtingstegniek vir ongekompliseerde tweedegraadse skeure en 'n episiotomie (Gedemonstreer in Figuur 1 en 2)

1. Die **apeks** van die wond word met 'n onderbroke steek, genoem die apekssteek geheg, net bokant die hoogste punt van die insnyding of skeur van die wond. Moenie die hegtingsmateriaal afknip nie.
2. Die **diepliggende strukture** in die vaginale kanaal word dan geheg met:
 - 'n aantal onderbroke steke, afhangende van die grootte van die wond, óf
 - 'n kombinasie van 'n syfer-agt-steek en onderbroke steke, indien 'n tweede persoon beskikbaar is om te assisteer.

3. Die **vaginale mukosa en submukosa** word vanaf die apeks tot by die fourchette geheg met:
 - ❑ aaneenlopende steke aangesien dit minder irriterend en ongemaklik vir die pasiënt is. Gebruik dieselfde hegtingsmateriaal waarmee die apekssteek ingeplaas is; óf
 - ❑ onderbroke steke.
4. Die anatomiese approsimasie ("herbelyning") van die fourchette is uiters belangrik.
5. Die spesifieke keuse betreffende die tipe steek wat vir die hegting van die vaginale weefsel gebruik word moet gefokus moet wees op:
 - ❑ veiligheid en die voorkoming van oordrag van die HIV-virus;
 - ❑ of assistensie beskikbaar is en
 - ❑ geen dooie spasies mag gelaat word nie.
6. Die **dieper perineale strukture**, naamlik die bulbo-cavernosusspier van die perineum word daarna geheg met:
 - ❑ 'n kombinasie van 'n syfer-agt-steek en onderbroke steke, óf
 - ❑ slegs onderbroke steke óf
 - ❑ slegs syfer-agt-steke. Die aantal steke word deur die grootte van die wond bepaal.
 - ❑ Spierlae moet nie met aaneenlopende steke, hetsy matras- of gewone, geheg word nie, aangesien daar te veel 'speling' op 'n aaneenlopende steek is.

7. Slegs 'n ronde naald moet vir die hegting van sagte weefsel gebruik word om die volgende redes:
- ☐ dit beskadig nie tot dieselfde mate die sagte weefsel as 'n snynaald nie. Bloeding tydens hegting kan dus geminimaliseer word;
 - ☐ die perineum is 'n ongemaklike area om te heg en die verpleegkundige kan hom/haarself maklik beseer en
 - ☐ 'n ronde naald is minder geneig as 'n snynaald om die vinger te penetreer wanneer per abuis raak gestee word.

8. Die **perineale vel** word laastens volgens individuele voorkeur geheg naamlik

- ☐ gewone onderbroke steke; óf
- ☐ onderbroke matrassteke; óf
- ☐ gewone aaneenlopende steke; óf
- ☐ aaneenlopende matrassteke.

Die eerste steek word in die fourchette geplaas om die anatomiese strukture akkuraat te belyn. Al die steke moet eweredig en ± 1 cm uitmekaar geplaas word.

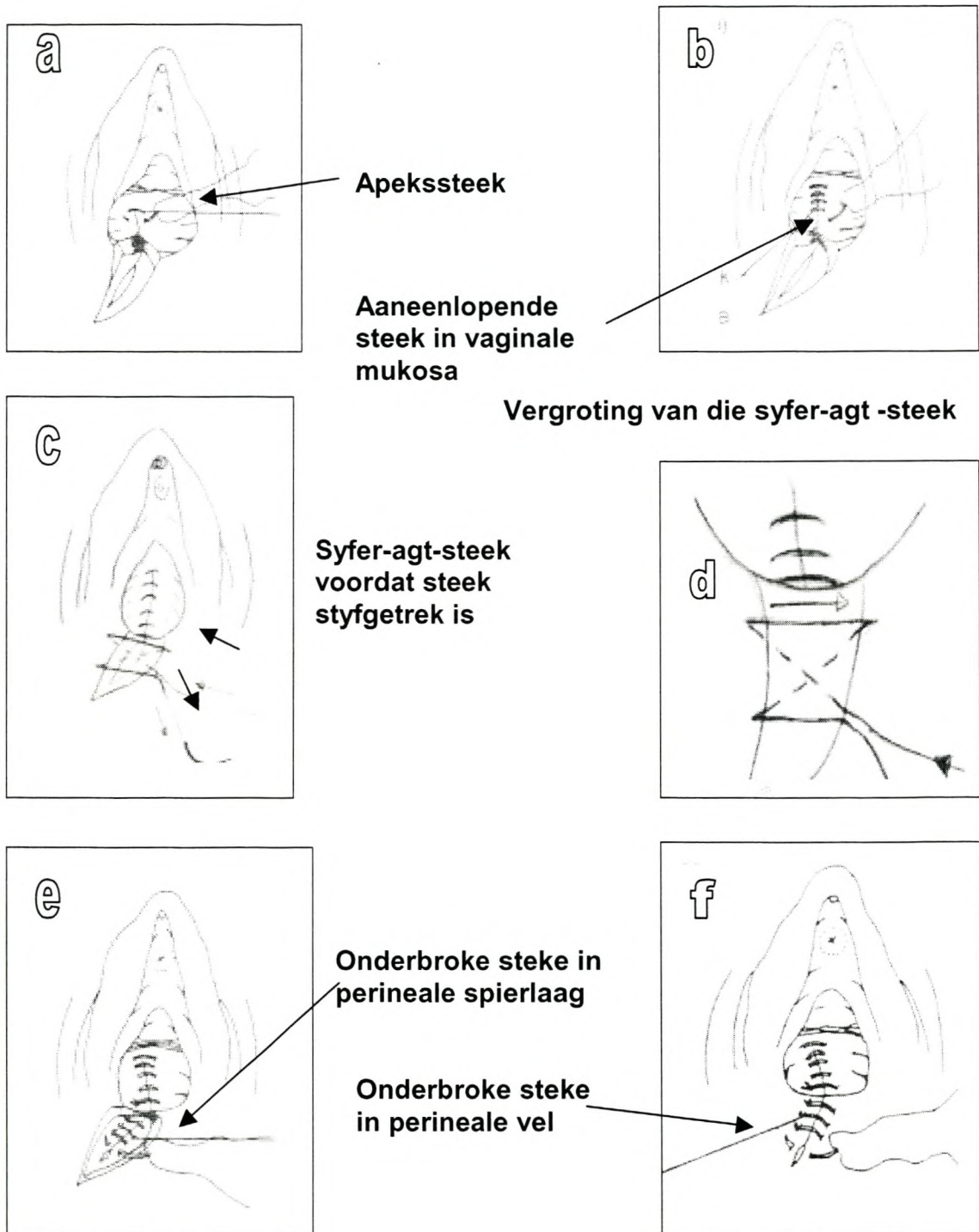
Die perineale vel word met 'n snynaald en verkieslik oplosbare hegtingsmateriaal geheg.

9. Die hegtingsmateriaal moet nie te styf getrek word nie, aangesien edeem en gevolglike pyn en ongemak binne 24 tot 48 uur sal ontwikkel. Die eerste knoop moet slegs styfgetrek word totdat die wondrandte bymekaar is. Die daaropvolgende tweede en derde knoop moet dan so styf moontlik getrek word om te verseker dat die knope stewig is.

10. Soos verduidelik in Figuur 2, behoort die **knope** as volg ingeplaas te word:
 - ❑ eerste drie rotasies om die naaldvoerder in 'n gegewe rigting;
 - ❑ dan twee rotasies om die naaldvoerder in die teenoorgestelde rigting en
 - ❑ laastens slegs een rotasie weer in die oorspronklike rigting. Sodoende word verseker dat die knoop nie te groot is en die steke nie losraak nie.
11. Die hegting van 'n tweedegraadse skeur geskied op dieselfde beginsels as die hegting van 'n episiotomie. Enige addisionele laserasies moet ook geheg word.

FIGUUR 1

Hegting van episiotomie



FIGUUR 2

Maak die knope met die gare soos in die skets verduidelik

